Niveau(x) d'enseignement: 0 Numéro EDUQ : 8270974
Centre d'intérêt: 610

Janelle, Pierrette.

Techniques et procédures / par Pierrette Janelle. -- Drummondville : Hôpital Sainte-Croix, Service de santé scolaire primaire et secondaire, 1977.

viii, 108, [24] f. : ill. ; 28 cm.

Bibliogr.: f. 99-103.

Cote Dewey: 371 712'09714/J33t Cote LC: LB/3407

Descripteur(s): *Infirmière *Analyse de tâches *Description de tâches *Guide du personnel *Maternelle (Niveau) *Primaire (Niveau) *Secondaire (Niveau) *Collégial (Niveau)

Identificateur(s) de sujet: *Tâche de l'infirmière *Rôle de l'infirmière

Le document se veut un guide de l'infirmière en milieu scolaire. Il décrit les techniques et procédures qui entrent dans la définition de sa tâche et qui lui permettent d'assurer des services et de soins infirmiers de bonne qualité. Le contenu du document s'inspire des renseigenements fournis dans le ##Manuel de procédure## du ministère des Affaires sociales et dans le ##Guide de procédures et techniques## du Département de santé communautaire de Montmagny.

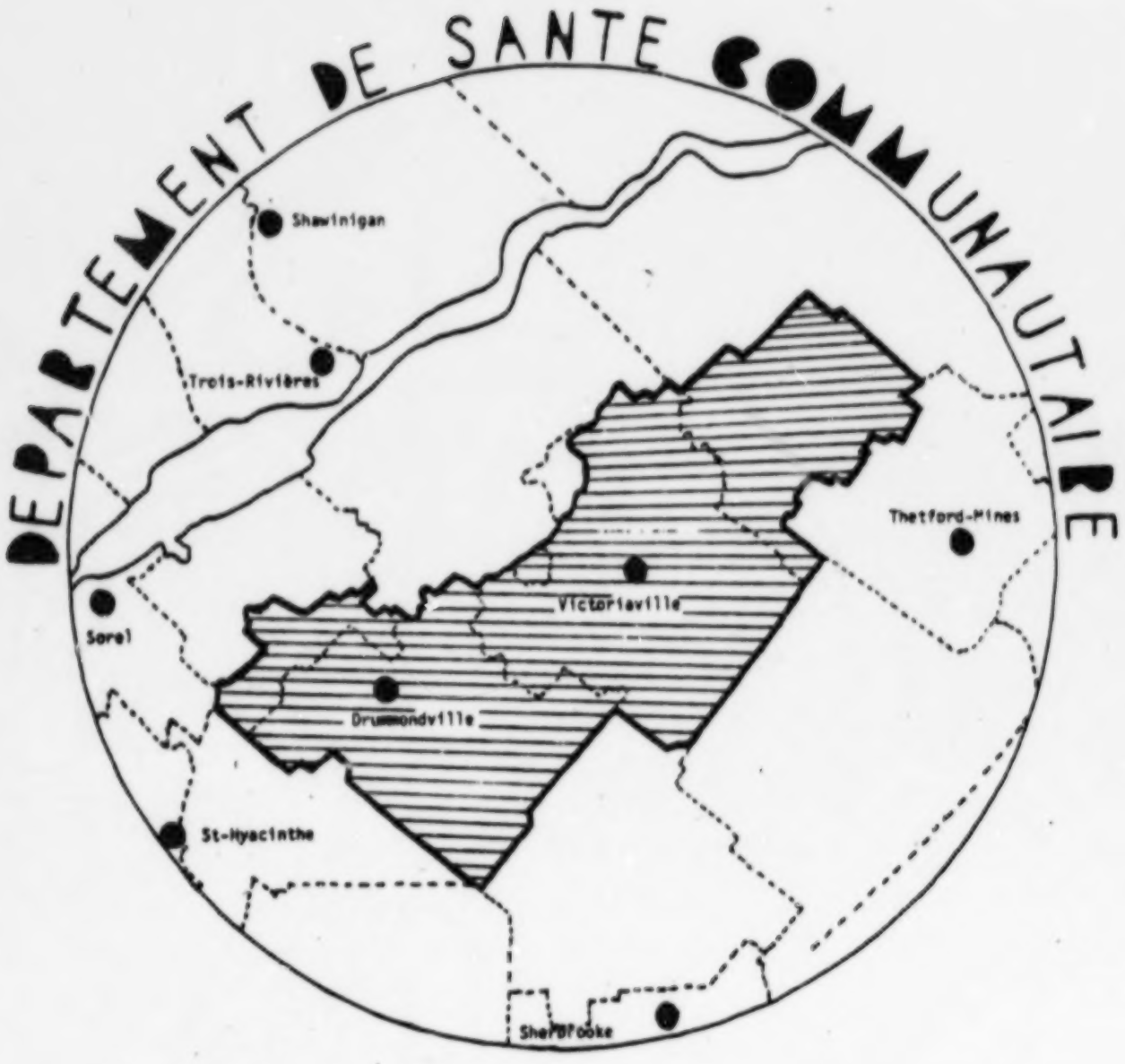
La description et l'analyse des tâches de l'infirmière occupent seize chapitres: 1. Le concept de l'infirmière scolaire; 2. L'entrevue individuelle; 3. considérations sur l'éducation sanitaire de groupe; 4. l'entrevue titulaire-infirmière; 5. la relance; 6. le plan de visite à domicile; 7. le dossier médico-scolaire; 8. la préparation de l'étudiant à l'examen physique; 9. l'évaluation bio-physique; 10. les techniques de dépistage; 11. la surveillance du milieu (salubrité, sécurité); 12. les premiers soins; 13. le contrôle des parasites du cuir chevelu; 14. l'orthopédagogie; 15. les particularités propres aux niveaux secondaire et collégial; 16. autres techniques de dépistage.

Type de document: d
Auteur de l'analyse: ar

EDUQ 8270974

Hôpital Ste-Croix
Drummondville, Qué.

TECHNIQUES ET PROCEDURES



SERVICE DE SANTE SCOLAIRE PRIMAIRE

EDUQ 8270974

SERVICE DE SANTE SCOLAIRE PRIMAIRE ET SECONDAIRE

TECHNIQUES ET PROCEDURES

par

Pierrette JANELLE

Coordonnatrice des programmes

Hôpital Ste-Croix
Département de Santé Communautaire
Septembre 77

TABLE DES MATIERES

	PAGE
LISTE DES TABLEAUX	vi
AVANT PROPOS	vii
INTRODUCTION	1
I : LE CONCEPT DE L'INFIRMIERE SCOLAIRE	2
II : ENTREVUE INDIVIDUELLE: "UNE CONVERSATION QUI A UN BUT"	3
2.1 Introduction	3
2.2 Normes à suivre pour la conduite de l'entrevue	3
III : QUELQUES CONSIDERATIONS SUR L'EDUCATION SANITAIRE DE GROUPE	4
IV : ENTREVUE TITULAIRE-INFIRMIERE	5
V : RELANCE	6
VI : PLAN DE VISITE A DOMICILE POUR DEFAUTS PHYSIQUES ET/OU RELANCE	7
VII : LE DOSSIER MEDICO SCOLAIRE	8
7.1 Définition et but du dossier médico-scolaire	8
7.2 Guide servant à l'utilisation du "Dossier médico-scolaire"	8
7.2.1 Généralités	8
7.2.2 Dossier médico-scolaire	9
VIII: PREPARATION DE L'ETUDIANT A L'EXAMEN PHYSIQUE	24
8.1 Préparation éloignée	24
8.2 Préparation immédiate	24
8.3 Après l'examen	25

PAGE

IX : EVALUATION BIO-PHYSIQUE 26

9.1 Règles générales 26

9.1.1 Clientèle visée 26
9.1.2 Les étapes 26

9.2 Techniques d'examen bio-physique 27

9.2.1 Evaluation physique 27

9.2.1.1 Aspect général 27
9.2.1.2 Evaluation cardio-respiratoire 27
9.2.1.3 Evaluation arthropométrique 28
9.2.1.4 Evaluation squelettique 28
9.2.1.5 Examen de la tête 30
9.2.1.6 Evaluation musculaire et articulaire 30
9.2.1.7 Carences vitaminiques 31

9.2.2 Appréciation neuro-motrice 32
9.2.3 Observation de la personnalité et comportement à l'examen 34

X : TECHNIQUES DE DEPISTAGE 35

10.1 Le dépistage des troubles visuels 35

10.1.1 La clientèle visée 35
10.1.2 Les tests suivants ont été retenus pour l'examen visuel 35
10.1.3 Techniques des tests utilisés 35
10.1.4 Référence et suivi 40
10.1.5 Matériel utilisé 40
10.1.6 Définition 41

10.2 Le dépistage de troubles auditifs 41

10.2.1 Généralités

10.2.1.1 Un examen auditif comprend:... 41
10.2.1.2 Clientèle visée 41
10.2.1.3 Définitions 42

PAGE

10.2.2 Techniques de dépistage 42

10.2.2.1 Observation avant l'examen 42
10.2.2.2 Examen de l'oreille externe sans spéculum 43
10.2.2.3 Examen à l'otoscope (spéculum) 44
10.2.2.4 Mesure de l'acuité auditive à l'audiomètre 50

10.2.3 Références 52
10.2.4 Relance 52
10.2.5 Matériel utilisé 52

XI : SURVEILLANCE DU MILIEU: SALUBRITE, SECURITE 54

XII : LES PREMIERS SOINS 55

12.1 Politique de base 55

12.1.1 Information 55
12.1.2 Autorisation 56
12.1.3 Avertissement de la famille 56
12.1.4 Transport 56
12.1.5 Entente avec la salle d'urgence 56
12.1.6 Trousse et matériel d'urgence 57
12.1.7 Registre des accidents 57
12.1.8 Formation en secourisme 58
12.1.9 Prévention des accidents 59

12.2 Trousse de premiers soins 59

XIII : CONTROLE DES PARASITES DU CUIR CHEVELU (POUX) CHEZ LES ETUDIANTS 61

13.1 Procédure 61

13.2 Modèle de lettre aux parents 61

XIV : ORTHOPEDAGOGIE 63

14.1 Définitions utilisées par le Ministère de l'Education pour classifier les formes d'inadaptation 63

PAGE

14.1.1 Les déviations intellectuelles 63
14.1.2 Les déviations physiques 63
14.1.3 Les déficiences sensorielles 64
14.1.4 Les déviation socio-affectives 65
14.1.5 Les déviations au niveau de l'apprentissage 65
14.1.6 Les déviations multiples 66

14.2 Définitions utilisées par le Département de Santé Communautaire de l'Hôpital Ste-Croix pour classifier les handicapés physiques. 66

14.3 Le rôle de l'infirmière 67

XV : PARTICULARITES: SCOLAIRE, SECONDAIRE ET C.E.G.E.P. 69

15.1 Formation de l'infirmière scolaire 69

15.2 Fonctions de l'infirmière scolaire 69

15.2.1 Organisation 69
15.2.2 Education 70
15.2.3 Information 70
15.2.4 Animation 71
15.2.5 Evaluations dessoins de santé 71

15.3 Activités spécifiques au Secondaire 72

15.3.1 Secondaire I 72
15.3.2 Groupes spéciaux d'étudiants: exigences spécifiques 72
15.3.3 A tous les niveaux 73

15.4 Activités spécifiques au C.E.G.E.P. 73

13.4.1 Groupes spéciaux d'étudiants: exigences spécifiques 73
15.4.2 A tous les niveaux 74

15.5 Activités d'animation et d'éducation au secondaire et C.E.G.E.P. 74

15.6 Calendrier des activités de l'infirmière 74

PAGE

15.6.1 Août 74
15.6.2 Septembre 75
15.6.3 Octobre à décembre 76
15.6.4 Décembre 77
15.6.5 Janvier à juin 77
15.6.6 Mai 77
15.6.7 Juin 77

XVI : TECHNIQUES DE DEPISTAGE 78

16.1 Le dépistage des troubles visuels 78

16.1.1 La clientèle visée 78
16.1.2 Les tests suivants ont été retenus pour l'examen visuel 78
16.1.3 Référence et suivi 78
16.1.4 Techniques des tests utilisés 78

16.1.4.1 Acuité visuelle 78
16.1.4.2 Appareil Ortho-Rater, Comment l'utiliser? 78
16.1.4.3 Test Ishihara 90

XVII: BIBLIOGRAPHIE 99

ANNEXE I : PROGRAMME DE NUTRITION POUR LES OBESES (OBJECTIF) 104

ANNEXE II : PROCEDURE A SUIVRE POUR REFERER LES JEUNES OBESES 105

ANNEXE III: GUIDE AUX ENSEIGNEMENTS (VISION) 109

ANNEXE IV : GUIDE AUX ENSEIGNANTS (AUDITION) 110

ANNEXE V : PHILOSOPHIE DES PREMIERS SOINS 111

ANNEXE VI : TRANSFERT DES DOSSIERS MEDICO SCOLAIRES 112

ANNEXE VII: PROGRAMME DE SURVEILLANCE ET D'IMMUNISATION POUR LES ETUDIANTS DES INSTITUTIONS D'ENSEIGNEMENT EN STAGE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS 113

ANNEXE VIII: MESURES PROPHYLACTIQUES POUR LES MANIPULATEURS D'ALIMENTS ET LE PERSONNEL DES CAFETERIAS 115

LISTE DES TABLEAUX

PAGE

TABLEAU 1: POIDS DESIRABLE EN RELATION AVEC LA TAILLE (FILLES) 107

TABLEAU 2: POIDS DESIRABLE EN RELATION AVEC LA TAILLE (GARCONS) 108

TABLEAU 3: EQUIVALENTS APPROXIMATIFS DES POIDS DU CORPS HUMAIN ENFANTS ET ADULTES (ENTRE LES LIVRES ET LES KILOGRAMMES) 109

AVANT PROPOS

Les techniques et procédures présentées dans ce document ont été inspirées par les renseignements fournis dans le "Manuel des procédures du M.A.S." et le "Guide de procédures et techniques du Département de Santé Communautaire de Montmagny".

L'expertise technique et de présentation a été réalisée par Constance Bouchard, Jocelyne Bélanger et Pierre Levasseur.

Ce guide ne peut pas être présenté comme définitif, car il devra s'ajuster continuellement aux nouvelles découvertes. De plus, l'expérience de ceux qui auront à l'utiliser sera un apport important d'une amélioration permanente.

INTRODUCTION

Le Guide des techniques et procédures, nous le percevons comme un instrument de travail qui permet d'assurer des services et des soins infirmiers de bonne qualité.

La description des différentes techniques et tests de dépistage utilisés permet aussi une certaine uniformité d'action qui facilite l'évaluation.

Ce document doit être continuellement revisé et modifié selon l'évolution de nos connaissances et des besoins de la clientèle scolaire.

1.0 LE CONCEPT DE L'INFIRMIERE SCOLAIRE

Le concept le plus fondamental de l'infirmière à l'école est remarquablement simple. Ses services à l'école devraient découler de sa formation professionnelle et avoir comme conséquence une amélioration constante de bien-être chez les enfants qui lui sont confiés en matière de santé.

Elle doit devenir une ressource de santé pour tout le personnel de l'école, une conseillère auprès des enseignants, une conseillère auprès des élèves, une personne de liaison avec les parents au sujet des problèmes de santé de leurs enfants, une assistante du médecin de famille, une personne intéressée à la recherche concernant les problèmes de santé de l'élève. Elle doit, en fait, si ses talents professionnels et sa compétence sont utilisés à bon escient jouer tous ces rôles dans le programme de santé.

2.0 ENTREVUE INDIVIDUELLE: "UNE CONVERSATION QUI A UN BUT"

2.1 Introduction

En ce qui regarde la santé scolaire, l'entrevue a un but d'éducation.

Elle devient alors un art et une science car pour la mener à bien il faut, d'une part posséder du tact, faire preuve de beaucoup de discernement, utiliser les ressources de la psychologie et, d'autre part, connaître passablement le sujet.

2.2 Normes à suivre pour la conduite de l'entrevue

- Etablir un rapport cordial.
- Se mettre à la portée de l'étudiant.
- Eviter une attitude qui pourrait sembler autoritaire ou dominatrice.
- Ecouter avec patience et intérêt pour obtenir la confiance de l'étudiant.
- Poser les questions simples, franches, faciles à comprendre.
- Aider l'étudiant à trouver des solutions à ses problèmes.
- Surveiller la façon de donner des conseils: éviter le dirigisme, ils seront compris et acceptés s'ils sont formulés clairement et avec assurance.

NOTE: Si le sujet discuté dépasse sa compétence, l'infirmière avec le consentement de l'étudiant fait appel aux ressources du milieu scolaire (travailleur social, psychologue, conseiller en orientation, animateur de pastorale etc...) ou réfère l'étudiant à des ressources extérieures (médecins, organismes sociaux etc...).

3.0 QUELQUES CONSIDERATIONS SUR L'EDUCATION SANITAIRE DE GROUPE

L'éducation sanitaire de groupe est une activité fondamentale de tout bureau de santé scolaire. Ce mode d'éducation présente l'avantage d'une économie de temps pour l'infirmière qui rejoint à la fois plusieurs personnes, mais il est évident que l'éducation de groupe ne doit pas remplacer l'éducation individuelle: elle doit compléter cette dernière.

L'éducation sanitaire de groupe se fait suivant les mêmes normes que celle faite individuellement; cependant, les aptitudes requises pour s'adresser aux différents groupes sont différentes des aptitudes nécessaires à l'entrevue individuelle. En plus des aptitudes personnelles dans le domaine de la communication, l'infirmière doit posséder une certaine connaissance des principes pédagogiques, de la dynamique de groupe, de l'utilisation des méthodes audiovisuelles en plus d'une connaissance approfondie du nursing dans les différents champs d'action.

Ses connaissances doivent être étendues et dépasser de beaucoup le cadre de ce qu'elle aura à enseigner, ce qui implique la nécessité de continuer à s'instruire, à se documenter et à réfléchir toute sa vie.

4.0 ENTREVUE TITULAIRE-INFIRMIERE

L'entrevue titulaire-infirmière est une des activités les plus importantes dans un programme infirmier de santé scolaire. Elle permet l'échange d'informations au sujet de chaque enfant dans la classe et elle favorise la discussion.

a) Elle devrait être faite selon les besoins de l'infirmière et du titulaire.

b) Elle sert de stimulant à l'intérêt et à la compréhension des écoliers en ce qui a trait à leur santé physique, mentale et sociale.

c) Elle sert de méthode de sélection des élèves qui requièrent une attention particulière soit au point de vue médical, soit au point de vue surveillance de santé.

d) Elle peut aider à faire la lumière sur certains facteurs qui influencent la santé et les progrès de l'écolier et qui demeureraient inconnus sans cette activité.

e) Elle permet à l'infirmière d'interpréter au professeur son plan d'action en ce qui a trait aux élèves qui nécessitent une attention spéciale.

f) Elle informe le titulaire des progrès accomplis par l'enfant qui fut référé. Le titulaire devrait faire part de toute observation additionnelle en rapport avec ce même enfant.

g) Elle permet de vérifier le programme d'enseignement de la santé dans la classe.

h) Elle favorise le développement des relations interpersonnelles, essentielles à la réalisation du programme de santé scolaire.

5.0 RELANCE

C'est une activité très importante pour l'infirmière en santé scolaire: inutile d'identifier un problème de santé si les mesures nécessaires au traitement ne sont pas connues et appliquées.

La relance implique un moyen de pression qui doit être exercé en vue d'obtenir les résultats prévus. Elle doit être faite auprès de l'étudiant, auprès des parents, auprès des professeurs, des spécialistes de l'école et le médecin de famille, au besoin, et doit se poursuivre jusqu'à ce que des moyens d'action soient pris et que des résultats soient obtenus.

Différents moyens peuvent être utilisés par l'infirmière lorsqu'il s'agit de relance:

a) appel téléphonique

b) avis écrit

c) visite à domicile

L'infirmière utilisera le moyen le plus approprié selon l'importance du cas, le temps dont elle dispose et le degré de collaboration de la famille.

6.0 PLAN DE VISITE A DOMICILE POUR DEFAUTS PHYSIQUES ET/OU RELANCE

1. Suivre les directives générales pour visite à domicile.
2. Définir le but de la visite et son contenu.
3. Recueillir toutes les données des autres membres de l'équipe de santé.
4. Décider de ce qui doit être dit et la façon de le dire surtout s'il s'agit de cas graves.
5. Développer la méthode d'approche appropriée.
6. Evaluer le milieu physique, le niveau socio-économique et culturel avant de proposer la solution aux problèmes.
7. Présenter plusieurs alternatives quant au mode de traitement et à son financement.
8. Renseigner sur les ressources communautaires disponibles pour le traitement ou l'aide financière, selon le besoin.
9. Renseigner les parents sur l'importance du traitement.
10. Aider les parents à accepter les conséquences du défaut physique.
11. Evaluer les réactions des parents vis-à-vis l'enfant porteur de défauts physiques permanents.
12. Evaluer l'importance que donne les parents au traitement du défaut physique.
13. Planifier les visites ultérieures et les modifications à apporter dans l'approche.
14. Inscrire les données recueillies dans le dossier médico-scolaire.

7.0 LE DOSSIER MEDICO SCOLAIRE

7.1 Définition et but du dossier médico-scolaire

Le dossier médico-scolaire est l'ensemble de tous les renseignements écrits concernant l'état de santé de l'étudiant, renseignements fournis par les parents, par l'étudiant lui-même, le professeur, et à la suite des examens effectués par l'infirmière. Les résultats d'examens et corrections effectuées par les médecins sont aussi inscrits au dossier.

La raison d'être du dossier médico-scolaire se justifie par les motifs suivants:

- aide à dépister, référer et suivre plus facilement l'état de santé de l'étudiant.
- évalue la totalité de la personnalité de l'enfant.
- complète les renseignements nécessaires aux statistiques.
- épargne d'autres examens inutiles lorsque l'étudiant a été antérieurement examiné.

7.2 Guide servant à l'utilisation du "Dossier médico-scolaire"

7.2.1 Généralités:

Pour le moment nous gardons le Dossier médico-scolaire du Ministère des Affaires sociales. Dans la première partie du dossier nous n'exigeons pas que tous les espaces soient remplis, à moins que les parents soient présents à l'examen.

La formule F-2026 "Aux parents", complétée par les parents au début de l'année, et insérée au dossier de l'enfant, évitera de réinscrire

ces données.

Donc si les parents sont absents à l'examen, l'infirmière ne devra remplir que les items sans *.

Les items non signalés dans le guide, ne sont pas utiles au dossier.

7.2.2 Dossier médico-scolaire:

Item Ministère des Affaires sociales:	Identifier le Service responsable: D.S.C., Hôpital Ste-Croix, Drummondville ou Victoriaville, ou C.L.S.C. de Plessisville.
Nom et prénoms:	Inscrire en lettres capitales le nom de famille et les prénoms de l'étudiant, sur le côté de la formule.
Observé par:	Nom de l'infirmière qui examine l'enfant.
Le:	Année - mois - jour.
*En présence de: (s'il y a lieu)	Nom ou signature du parent ou du substitut qui donne les renseignements; préciser s'il s'agit du gardien ou de la gardienne, de la grand-mère ou autre.

IDENTIFICATION DE L'ETUDIANT

Nom et prénoms:	Enfant: nom et prénom(s) usuel(s) de l'enfant. Sexe: indiquer le sexe par un crochet approprié.
	Père: prénom du père, ou nom et prénom du gardien ou tuteur s'il y a lieu.
	Mère: prénom et nom de fille de la mère ou de la gardienne s'il y a lieu.

Date de naissance:	Année de naissance - mois - jour de l'enfant, du père ou tuteur ou gardien, de la mère ou gardienne.
Origine ethnique:	Nationalité ou citoyenneté, et origine raciale. Ex: un enfant né au Canada de parents allemands immigrés au Canada ou dont tous les ascendants sont allemands est un canadien allemand.
Niveau de scolarité:	Enfant: indiquer le degré réel. Ex: Maternelle, 8e année * Père, mère, indiquer le niveau (primaire, secondaire, collégial, universitaire) s'il s'agit du niveau primaire, indiquer si possible le degré réel. Ex: primaire, 2e année.
* Profession:	Métier ou emploi exercé par le père ou gardien, la mère ou gardienne. Dans le cas d'un parent sans métier, on peut inscrire: journalier.
* Travail régulier:	Préciser si annuel ou saisonnier, de jour ou de nuit et le nombre d'heure par semaine.
Domicile actuel:	Inscrire au complet le no et le nom de la rue, le nom de la localité où l'enfant vit actuellement. Téléphone: à la maison et au travail, si la mère travaille, ou proche parent.
Adresse précédente:	Le no et le nom de la rue, le nom de la localité, le nom de la province si nécessaire où l'enfant vivait. Si possible indiquer le nom et l'adresse de l'école précédemment fréquentée.

* FRERES ET SOEURS

Prénoms:	Prénoms usuels des frères et soeurs par ordre de séniorité.
Date de naissance:	Année de naissance - mois - jour.
Niveau de scolarité:	Degré réel de scolarité, si ce sont des étudiants. Niveau de scolarité (primaire, secondaire, collégial, universitaire) s'ils ont quitté l'école.
Etat de santé:	Qualifier de bon (B), passable (P), mauvais (M).
Problèmes:	Noter s'il y a un problème d'ordre physique, mental ou social. Ex: épilepsie, déficience mentale, troubles de comportement, etc.
Autres enfants:	Indiquer le nombre d'enfants sous la garde des parents. Spécifier l'âge, le sexe, le niveau de scolarité. Ex: 2 enfants: 1 garçon, 8 ans, 5e année, 1 fille, 4 ans, préscolaire.
* Adultes au foyer:	Père, mère, mettre un crochet ou un non selon que le père et la mère sont ou non au foyer. Autres: indiquer s'il y a des parents ou des pensionnaires au foyer. Préciser leur âge, le degré de parenté ou non. Ex: grand-mère maternelle de 78 ans, 1 jeune fille pensionnaire de 20 ans.
* Caractéristiques de la structure familiale:	Préciser si les parents vivent ensemble ou non, si une tierce personne s'occupe de la famille, ou encore si l'étudiant vit en

foyer nourricier, ou d'adoption.

* Foyer nourricier:	Age(s) auquel l'enfant a été placé en foyer nourricier s'il y a lieu. Nombre de foyers fréquentés Durée du séjour: Ex: de 15 à 18 mois.
* Logement:	Propriétaire - locataire - mettre un crochet en regard du terme approprié. Nombre de pièces Etat sanitaire - qualifier de bon (B), passable (P), ou mauvais (M).
* ANTECEDENTS FAMILIAUX	Mettre un crochet en regard de la pathologie qui a existé ou qui existe. S'il y a eu décès l'indiquer et préciser l'âge si possible.
Lignées paternelle et maternelle:	Indiquer le lien de parenté, si possible, dans le cas d'une réponse affirmative. Ex: cousin, oncle.
Maladie cardio-vasculaire:	Exemples de maladies cardio-vasculaires: infarctus, hypertension, angine, varices.
Cancer:	Indiquer l'organe atteint si connu.
Diabète:	Préciser s'il s'agit d'un diabète sucré ou insipide, d'un diabète juvénile ou sénile.
Allergie:	Manifestations d'allergie: eczéma, fièvre des foins, urticaire, asthme.
Obésité:	Indiquer le poids approximatif (l'âge et la taille si significatifs).
Tuberculose:	Préciser si sous traitement ou guéri.
Epilepsie:	Préciser: petit mal, grand mal. Indiquer dans les remarques, si la maladie est survenue à la suite d'un accident.

Maladie mentale: Considérer comme telle une pathologie qui a nécessité une intervention psychiâtrique et la déficience mentale.

Alcoolisme: Distinguer entre alcoolique, et buveur excessif.

Autres toxicomanies: Identifier si possible les produits en cause.

Ex: marijuana, L.S.D...

Incapacité: Etat d'une personne qu'un accident ou une maladie empêche de travailler.

partielle: état d'une personne qui pourrait occuper certains emplois.

totale: état d'une personne qui ne peut travailler.

temporaire: état réversible.

permanente: état non réversible.

Mettre un crochet en regard du terme approprié.

Autres: Autres pathologies. Ex: hypothyroïdie.

Remarques: Observations pertinentes à l'histoire.

Ex: crises de grand mal, à la suite d'un traumatisme crânien. Diabète sous contrôle avec médication orale.

* ANTECEDENTS PERSONNELS

Grossesse: Durée en semaines - (N - 40 sem.)

Ex: une patiente qui a accouché 10 jours avant terme a eu une grossesse de 38 ½ semaines.

Normale: indiquer par un crochet s'il y a lieu.

Anormale: (du côté de la mère ou du foetus).

Indiquer par un crochet s'il y a lieu et préciser.

Ex: alitement pendant 48 heures pour pertes sanguines.

Complications: Telles que maladies infectieuses, chroniques, mentales.

Diabète: l'indiquer s'il y a lieu.
Toxémie: indiquer s'il y a eu hypertension, oedème, protéinurie (prééclampsie) convulsions, coma (éclampsie).

Accouchement: Spontané - déclenché - forceps - césarienne

Indiquer par un crochet en regard du terme approprié.

Durée du travail: Indiquer le nombre d'heures approximativement.

Présentation: Indiquer par un crochet en regard du terme approprié.
Autres, si possible spécifier: épaule...

Souffrance foetale: Non - Oui: Préciser dans ce dernier cas.

Ex: ralentissement du coeur foetal
Dans l'éventualité d'une réponse inconnue ou douteuse, l'indiquer par un point d'interrogation.

Nouveau-né: Poids: en livre et onces, en grammes. (Table de conversion).

Taille: en pouces, en centimètres (Table de conversion).

Asphyxie: Aucune - légère - grave. Indiquer par un crochet en regard du terme approprié. Dans l'éventualité d'une réponse inconnue ou douteuse, l'indiquer par un point d'interrogation.

Exsanguino transfusion: Non - Oui

Indiquer par un crochet en regard du terme approprié.

Isolette: Incubateur. Indiquer le nombre de jours et les raisons de ce traitement.

Malformations congénitales: Non - Oui. Préciser la malformation en cause.

Ex: Luxation de la hanche, pied bot, fissure palatine, souffle.

* NOURRISSON, PRESCOLAIRE ET SCOLAIRE

Convulsions: Fébriles - avec hyperthermie. Non fébriles - sans hyperthermie.

Indiquer par un crochet ou un nil.

Fréquence - nombre d'épisodes de crises convulsives.

Age(s) auquel l'enfant a présenté des convulsions.

Ex: convulsions fébriles, 2 fois, une épisode à 6 mois, 2 épisodes à 18 mois.

Maladies contagieuses: Indiquer par un crochet ou un nil en regard de la maladie. Préciser l'âge si possible.

Autres: maladies contagieuses. Préciser l'âge possible.

Ex: typhoïde à 5 ans.

Interventions chirurgicales: Indiquer par un crochet ou un nil. S'il y a lieu préciser le type et l'âge de l'intervention.

Ex: amygdalectomie à 4 ans.

Accidents: Indiquer par un crochet ou un nil. Préciser brièvement la nature de l'accident, l'âge de l'enfant et les séquelles, s'il y a lieu.

Ex: traumatisme crânien à 4 ans,

lors d'un accident d'automobile. Hémiparésie droite traitée en physiothérapie depuis ce temps.

Intoxications:

Indiquer par un crochet ou un nil. S'il y a lieu préciser la nature de la substance en cause et l'âge de l'enfant au moment de l'intoxication.

Ex: intoxication à 2 ans, avec 12 comprimés de "valium" 10 mg.

Autres maladies:

Maladies autres que les maladies contagieuses. Indiquer par un crochet ou un nil. Préciser s'il y a lieu, la maladie et l'âge atteinte de la maladie.

Ex: épisode de rhumatisme articulaire aigu à 5 ans. Etudiant suivi périodiquement à l'Institut de Cardiologie.

Médication continue:

Indiquer par un crochet ou un nil. Préciser s'il y a lieu.

Ex: Ritaline 10 mg. 4 fois par jour depuis 6 mois.

Hospitalisation:

Année - mois - jour. année ou tout au moins l'âge de l'enfant lors de son hospitalisation.

Nom de l'hôpital et de la ville où est situé l'hôpital.

Ex: Hôtel-Dieu, Chicoutimi.

Raison de l'hospitalisation

Ex: mastoïdite

Nombre de jours ou de mois

Demande de résumé de dossier:

Indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital

L'année - mois - jour de la demande.

* DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR
ET COMPORTEMENT

Parole:	Age auquel l'enfant a pu faire une phrase significative de deux à trois mots (vers 2 ans).
Marche:	Age auquel l'enfant a commencé à faire quelques pas sans aide (entre 0 - 18 mois).
Contrôle des sphincters:	Anal (jour, nuit) indiquer l'âge auquel l'enfant a été propre (selles) le jour - la nuit.
	Vésical (jour - nuit) indiquer l'âge auquel l'enfant a été propre (urine) le jour - la nuit.
Type de relation:	Isolement oui ou non selon que l'étudiant a tendance ou non à se tenir seul, à se retirer des groupes.
	Dépendance oui ou non.
	Ex: enfant qui quitte difficilement ou péniblement sa mère pour aller à l'école.
	Attitude des parents l'étudiant paraît-il surprotégé ou rejeté etc... par les parents, l'indiquer.
Signes d'anxiété:	Insomnie - cauchemar - peur - crainte excessive - tics. Indiquer oui ou non, en regard du terme approprié.
Signes d'agressivité:	Batailleur - destructeur - cruel - impulsif. Indiquer oui ou non en regard du terme approprié.
Troubles psychosomatiques:	Enurésie primaire absence de contrôle du sphincter vésical depuis la naissance. Indiquer oui ou non.
	Enurésie secondaire perte du contrôle du sphincter vésical établi antérieurement. Indiquer oui ou non.
	Encoprésie primaire absence de contrôle du sphincter anal depuis la naissance. Indiquer oui ou non.

Encoprésie secondaire perte de contrôle du sphincter anal établi antérieurement. Indiquer oui ou non.

VACCINATIONS: Inscrire terminées ou non.

Epreuve:

Tuberculose — type d'épreuve
Ex: cuti BCG, Heaf, Tine...

Date — Année - mois - jour.

Réaction — noter les résultats obtenus

Diphtérie — épreuve de Schick
Réaction à la toxoide se lit de 24 à 48 heures après son administration.

Réaction à la toxine se fait du 5e au 7e jour après l'épreuve.

Ces réactions peuvent s'inscrire au moyen de croix.

Légère rougeur sans induration de moins de ½ pouce de diamètre.

Rougeur prononcée de plus de ½ pouce de diamètre.

Rougeur avec induration.

Escarre

S'il n'y a aucune réaction, inscrire 0.

Radio pulmonaire: Année - mois - jour

Résultat: L'inscrire sur le dossier.

EXAMEN PHYSIQUE

Poids: Date: Année - mois - jour.

Kg : poids en kilogrammes (table de conversion).

Livres: poids en livres

Classe

Taille:

Dates: Année - mois - jour.

Cm : taille en centimètres

Pouces: taille en pouces

Classe

Remarques:

Facteur héréditaire - alimentaire socio-économique. S'il y a obésité ou maigreur, mettre un crochet en regard du facteur qui semble jouer. S'il y a doute, l'indiquer par un point d'interrogation.

Vision:

Dates: Année - mois - jour.

O.D. oeil droit, inscrire les résultats.

O.G. oeil gauche, inscrire les résultats.

O.O. deux (2) yeux, inscrire les résultats.

Contrôle avant de référer, indiquer la date du contrôle à côté du terme "référé".

Remarques: Si nécessaire, utiliser cet espace pour y inscrire la ou les dates de contrôle. Noter aussi les observations pertinentes.

Ex: amblyopie, ptôse des paupières, clignotement des yeux, sensibilité à la lumière, daltonisme, verres de contact, etc...

Audition:

Dates: Année - mois - jour.

D: oreille droite. Normale.

G: oreille gauche.

Indiquer un crochet sous D ou G selon le cas.

Déficiente: indiquer le nombre de fréquences manquées sous D ou G selon le cas.

Remarques — Noter les observations pertinentes.

Ex: port de prothèses; aucune amélioration possible.

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIERE — Le: Année - mois - jour

Peau: — Indiquer normale (N) ou lésions, éruptions, etc...

Cuir chevelu: — Indiquer normal (N) ou lésions, éruptions, parasitose, etc...

Yeux: — strabisme, oui - non - douteux.
état des conjonctives - bon (B) mauvais (M).
état des paupières - bon(B) mauvais(M).
réflexe photo-moteur - oui - non.

Nez: — respiration - normale, anormale.
faciès adénoidien: oui - non.

Autres: exemples: épistaxis, rhinorrhée, eczéma, impétigo, etc...

Oreilles: — acuité auditive (audiométrie) - normale, anormale.
Ecoulement: oui - non.

Autres: dermatose - cérumenite.

Bouche: — Molaire de six ans: présence - oui: bonne (B) mauvaise (M) obturée (O) non poussée (N P) ou extraite (E).
Carie: oui - non, ne pas indiquer le nombre.

Malocclusion: (Position anormale de une ou plusieurs dents).

Etat des gencives: bon - médiocre mauvais - mettre un crochet en regard du terme approprié.

	Apparences: exemples: cryptiques hyperthrophiées, etc...
Cou:	adénopathie: oui ou non Ex: ganglions palpables, oui-non
Système osseux:	normal ou anormal - dans ce dernier cas, préciser. Ex: asymétrie, scoliose, atrophie, membres en valgus.
* T.A.	Tension artérielle, inscrire les chiffres. Le: Année - mois - jour.
Pouls:	Pulsations par minute.

APPRECIATION NEUROMOTRICE

Démarche:	Souple - pénible - mettre un crochet en regard du terme approprié. Si une autre expression vous semble plus juste, l'inscrire. Ex: sautillante, hésitante, etc...
Structure spatiale:	demander à l'étudiant de reproduire sur une feuille séparée, les figures géométriques représentées sur le modèle fourni. Insérer la feuille au dossier.
Latéralité:	Main - pied - oeil. Indiquer droit ou gauche selon le cas.
Sens du rythme:	Oui - non. Indiquer si douteux. Mettre un crochet en regard du terme approprié.
Poursuite oculaire	Normale - saccadée. Mettre un crochet en regard du terme approprié.

EQUILIBRE POSTURAL STATIQUE — Yeux ouverts - yeux fermés

danse des tendons:	oui - non	oui - non
mouvement des mains:	oui - non	oui - non
mouvement du corps:	oui - non	oui - non

Mettre un crochet en regard du terme approprié.

EQUILIBRE POSTURAL DYNAMIQUE

Oui - non

Mettre un crochet en regard du terme approprié. Préciser si l'enfant cherche un support pour maintenir son équilibre.

Praxie (manipulation):

Crochet sur la ligne appropriée.

Langage:

Faire répéter chaque phrase à l'étudiant après l'avoir énoncé clairement une fois. Si l'enfant répète intégralement la phrase (indépendamment des troubles de prononciation) indiquer par un • à l'extrémité proximale de la phrase sinon mettre un trait.
Encercler les lettres ou les mots mal prononcés.

Ex: Il fait (t)out (noir).

Intégration des phrases:

Oui - non
Mettre un crochet selon que l'enfant a répété toutes les phrases ou non.
Zézaiement - bégaiement - oui ou non selon le cas. Prononciation, la qualifier de bonne (B), passable (P), mauvaise (M).

COMPORTEMENT A L'EXAMEN

Langage infantile:

oui - non (mettre un crochet en regard du terme approprié).

Compréhension:

bonne - moyenne - insuffisante. Mettre un crochet en regard du terme approprié.

Enfant:

négatif - timide - hyperactif - incapable de fixer l'attention. Mettre un crochet en regard du terme approprié.

Défauts constatés:

L'infirmière doit inscrire les défauts dépistés.
Inscrire référé à: exemple: à orthopédiste.

Date:

Mettre année - mois - jour de l'inscription des défauts et des références et signer.

Référer à:	Nom du centre ou du service auquel est référé l'étudiant.
Date:	Année - mois - jour, de la relance et des résultats.
Relance:	Inscrire, s'il y a lieu, les téléphones ou les visites à domicile en vue de la relance sur la même ligne que les défauts constatés.
Résultats:	Inscrire les résultats obtenus à la suite de la référence.
Résumé du dossier et recommandations (date et signature).	

8.0 PREPARATION DE L'ETUDIANT A L'EXAMEN PHYSIQUE

Pour favoriser la collaboration de l'étudiant lors de l'examen, pour le motiver à se faire traiter s'il y a lieu, et pour l'intéresser à travailler à la conservation de sa santé;

Il est important de bien le préparer:

8.1 Préparation éloignée:

- Sécuriser l'étudiant par la présentation du service et des informations de groupes en présence de leur professeur.
- Informer l'étudiant sur les actions qu'on lui destine.
- Donner les raisons qui motivent ces actions.
- Rappeler sa responsabilité face à sa santé (la part qu'il doit faire pour conserver sa santé).

8.2 Préparation immédiate:

L'accueil est de première importance

- S'intéresser à l'étudiant dès son arrivée.
- Le mettre en confiance.
- L'écouter.
- Profiter de chaque instant pour le bien observer (très important).
- Lui expliquer ce qui va se dérouler.
- Ajouter les explications appropriées au fur et à mesure de l'utilisation d'instruments.
- Faire prendre conscience des corrections à apporter.
- Faire connaître les modes d'application de ces corrections.
- S'enquérir de ses connaissances sur l'hygiène de vie, de ses habitudes de vie.

- Encourager les preuves de bonne hygiène, de responsabilités.

- Faire preuve de tact et de respect en tout temps.

8.3 Après l'examen

- Ne jamais manquer l'occasion de s'informer lors d'une rencontre fortuite, d'une visite au bureau...

9.0 EVALUATION BIO-PHYSIQUE

9.1 Règles générales

9.1.1 - Clientèle visée:

- tous les étudiants de maternelle (examen physique complet) classe d'appoint, orthopédagogie (examen physique partiel).
- tous les étudiants qui consultent pour des troubles physiques (examen physique partiel).
- tous les étudiants référés pour troubles physiques (examen physique partiel).
- tous les étudiants venant d'une école de l'extérieur du territoire (examen physique partiel).

9.1.2 - Les étapes:

- l'évaluation bio-physique comprend 4 étapes:

1° étape: évaluation du vécu de l'étudiant:

- faire compléter le questionnaire santé de l'étudiant par les parents lors de son inscription à la maternelle.

2° étape: évaluation de santé et examens de dépistage:

- exécuter une série d'examens et de tests de dépistage particuliers à des temps spécifiques (voir programme de santé scolaire primaire).

3° étape: communication avec la famille, le professeur de l'élève et référence au spécialiste:

- elle dépend des données obtenues aux deux (2) premières étapes. Lorsque les résultats sont satisfaisants, l'infirmière en informe l'examiné. Si une déficience est décelée et nécessite une étude plus approfondie, elle fera un contrôle et elle en avisera la famille et les professeurs de l'enfant et les conseillera sur les actions à entreprendre.

Tout cas suspect doit être orienté vers le médecin de famille.

4° étape: relance et suivi (voir relance page 6):

- toute négligence ou refus de l'étudiant ou des parents à faire corriger un trouble sont notés et il serait préférable de ne pas laisser aux oubliettes cet étudiant, mais plutôt de le revoir à intervalle plus ou moins long afin de contrôler l'évolution peut-être nocive du problème.

Un suivi adéquat des cas dépistés ou "étudiants à risque" sera établi.

9.2 Techniques d'examen bio-physique

9.2.1 Evaluation physique

9.2.1.1 Aspect général:

("Il est étonnant de noter ce qu'un simple coup d'oeil donne de renseignements si nous prenons l'habitude de bien observer").

- Propreté, désordre, vêtements...
- Coloration de la peau, des téguments (pâleur, rougeur, bleuissement...)
- Expression du regard: vivacité, indifférence, mélancolie, hostilité...
- Attitude: hardiesse, crainte, confiance, hostilité...
- Habitudes extérieures (maintien) asthéniques...
- Tics...

9.2.1.2 Evaluation cardio-respiratoire:

- Pulsation: est-elle normale, régulière, irrégulière, filante, très rapide... palpitation.
- Respiration: caractères des mouvements respiratoires: est-elle embarrassée, bruyante... dyspnée.
- Observation des signes fonctionnels:
  - palpitation...
  - dyspnée...
  - cyanose (anomalies cardiaques congénitales).

9.2.1.3 Evaluation anthropométrique:

- Poids et taille:
  - Faire enlever les chaussures pour évaluer le poids et la taille.
  - Observer la tendance à l'obésité ou à la maigreur, l'état de nutrition... (c.f.: voir procédure pour les obèses).

9.2.1.4 Evaluation squelettique: (si besoin est, dévêtir jusqu'à la taille, faire porter une jaquette disposable).

- Observation de face:
  - Noter si torticolis, inégalité des épaules.
  - Malformations du tronc, poitrine en carène ou en entonnoir.
  - Angle formé entre le bras et le côté latéral du tronc.
  - Position des pieds, inversion des chevilles dans le cas de pieds plats accentués.
- Observation de profil:
  - Dos: cyphose dorsale, gibbosité, lordose.
  - Membres inférieurs: courbure exagérée antéropostérieure des jambes.
- Observation de dos:
  - Hauteur des interlignes des genoux.

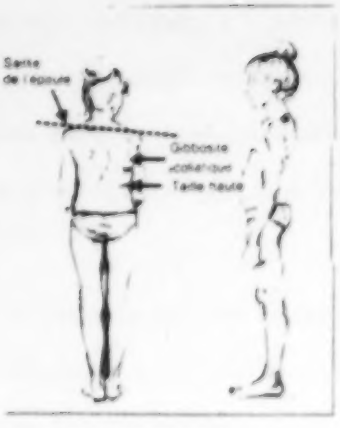
(Entre 10 et 11 ans, 5-10% des enfants présentent une courbure de la colonne vertébrale. Plus le dépistage est précoce, meilleurs sont les résultats du traitement. Donc lors de cet examen:

- Examiner le torse et le dos nus.
- Le faire tenir droit les pieds légèrement écartés.
- Observer l'asymétrie du torse: noter le niveau des épaules (lorsqu'une épaule tend à être plus haute du côté de la connexité de la courbure, on est en présence d'une scoliose).
- Observer le niveau de la taille et des hanches (scoliose - taille plus affaissée d'un côté que de l'autre et hanche du côté opposé à l'épaule haute est plus élevée).

- Faire pencher l'étudiant, en avant depuis la taille, sans fléchir les genoux, la tête basse, les bras ballants et observer la colonne de haut en bas.

- Observer la courbure latérale de la colonne afin de déceler toute saillie des côtes et de l'épaule, d'un côté.

(La saillie ou protubérance qui apparaît au niveau de l'épaule lorsque le sujet est penché en avant constitue le signe d'importance capitale de la scoliose structurale.) (Inf. Canadienne, février 1976).



9.2.1.5 Examen de la tête:

- Tête: forme - volume - faciès - coloration.

- Cheveux: coloration, éclat, sécheresse...
  tendance à casser, à être gras...
  présence de pédiculose.

- Cuir chevelu: déceler les teignes, lésions de grattage, pellicules.

- Oreilles: vérifier malformations des pavillons, écoulement, état des tympans, bourdonnements, douleurs hypoacoustie, (Voir techniques de dépistage des troubles auditifs).

- Yeux: dépister strabisme interne, externe, inflammation de la conjonctive des paupières, inégalité des pupilles. (S'il y a indication de poursuivre l'examen: technique des troubles visuels).

- Nez: déceler les gênes respiratoires, les écoulements, les déviations.

- Bouche: lèvres: perlèche, cyanose.

  dents: dépister les caries, les mal occlusions.

  gencives: saignement, inflammation.

  muqueuses: ulcères, abcès, enanthèmes - taches Koplick, fièvres éruptives.

  gorge: examiner les amygdales et ne vous en préoccuper que si elles obstruent mécaniquement. Vérifier si elles sont d'une rougeur d'enanthème ou cryptique.

9.2.1.6 Evaluation musculaire et articulaire:

- Les mouvements suivants sont destinés à s'assurer que les articulations principales de l'élève sont flexibles et qu'il n'y a pas de limitation à la suite de traumatisme ayant laissé des séquelles, raideurs ou afin de permettre de dépister une évolution aiguë de rhumatisme articulaire aigu...

N.B. Ces exercices s'inscrivent parmi les examens de dépistage suggérés, en vue de l'évaluation de l'état de santé de certains élèves.

1) L'élève est debout, face à l'infirmière, faire tendre les bras, les mains en pronation.

2) Faire écarter les doigts et les ramener ensemble, fermer les poings, ouvrir les poings, opposer l'extrémité des pouces aux petits doigts, faire la pronation et la supination des mains.

3) Faire faire des mouvements circulaires des deux membres supérieurs.

4) Faire lever les bras le plus haut possible et puis toucher le plancher avec les mains, sans plier les genoux. (Si difficulté, noter la distance entre l'extrémité des doigts et le plancher).

5) Faire asseoir sur ses talons et se relever sans aide.

6) Faire tourner la tête d'un côté et de l'autre (le menton doit venir en égalité avec l'épaule).

9.2.1.7 Carences vitaminiques:

A) carotène: inflammation de la conjonctive.
muqueuses endommagées, sécheresse et rugosité de la peau.

B) thiamine: spécifique: lésions des tissus nerveux: polynévrite, béribéri; lésions du coeur: dilatation, ralentissement du rythme; lésions des tissus: oédème.

non spécifique: perte d'appétit, nausées, retard ou arrêt de croissance, perte de poids, digestion défectueuse, diminution de la résistance aux infections.

C) riboflavine: spécifique: lésions cutanées; fissures aux commissures des lèvres, enduit graisseux aux ailes du nez.

non spécifique: troubles de digestion, dépression générale, susceptibilité aux infections, diminution de la vitalité, sénilité précoce.

D) niacine: spécifique: pellagre (troubles digestifs) diarrhée, éruptions cutanées, dermite scolaire.

E) acide ascorbique: spécifique: scorbut, fragilité des capillaires, gonflement, saignement et ulcération des gencives, ébranlement et caries dentaires, fragilité et nécrose osseuse, durée prolongée de la cicatrisation des plaies.

non spécifique: faiblesse, fatigue, anémie, perte d'appétit, de poids.

F) Spécifique: rachitisme décalcification, ramollissement, fragilité des os, arrêt de la formation normale des os et des dents.

Non spécifique: caries dentaires, hypertrophie des para-thyroides, diminution de la résistance aux infections.

9.2.2 Appréciation neuro-motrice

Démarche: manière de marcher: - normale
- anormale: la décrire

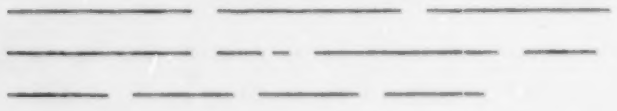
Structuration spatiale: l'enfant devra reproduire un cercle, un carré, un triangle, un losange.

Latéralité: pour trouver la main directrice, se servir du lancer de la balle, la distribution des cartes.

le pied: recherche le pied du coup de pied.

l'oeil directeur: l'enfant doit viser un objet en se servant d'un trou.

Sens du rythme: l'enfant doit répéter des rythmes simples: mouvements du balancier constitués de battements réguliers de la main comme un métronome.



S'il ne peut réaliser cette imitation, il présente des troubles du rythme.

Bien indiquer si l'enfant répète le rythme oui ou non.

S'il le fait avec difficulté: la décrire.

Poursuite oculaire: la tête immobile, l'enfant doit suivre des yeux un objet à droite et de droite à gauche.

Cette poursuite oculaire est normale si elle s'effectue au même rythme que celui de l'objet en mouvement et s'arrête avec lui.

Elle est anormale si les mouvements sont saccadés, l'attention impossible à capter. On pourra aussi découvrir la présence de nystagmus.

Bien noter l'anticipation, la persévérance à poursuivre le test.

Temps de latence: répéter les tests en procédant lentement, puis en passant à un stage accéléré.

On notera si le temps de latence est court, moyen ou long.

Equilibre postural statique: l'équilibration c'est la régulation des mouvements et des attitudes de l'ensemble du corps pour maintenir une position correcte dans l'espace.

L'enfant est debout immobile à l'attention. Etudier ce qui se passe. Observer s'il a un réflexe d'agrippement du pied au plancher; danse des tendons, ou encore si l'enfant doit assurer son équilibre avec des mouvements associés des mains ou encore de tout le corps (syncinésies).

Faire le test les yeux ouverts puis les yeux fermés.

Syncinésies: ou mouvements associés. Contractions coordonnées et involontaires apparaissant dans un groupe de muscles à l'occasion de mouvements volontaires ou réflexes d'un autre groupe musculaire.

Equilibre postural dynamique: examen de la démarche, de la course.

coordination motrice: faculté de mettre en action plusieurs muscles et groupes de muscles pour accomplir un mouvement.

Proxie: coordination normale des mouvements vers le but proposé.

Aproxie: impossibilité de conformer les mouvements au but proposé.

Opposition doigt-pouce: l'enfant doit frapper l'extrémité du pouce contre celle de l'index puis du médius de l'annulaire et de l'auriculaire; il exécute le test alternativement avec chacune des deux mains; chez les retardés moteurs, le test est mal exécuté; il est accompagné de syncinésies multiples, des raideurs se manifestent plus ou moins généralisées à tous les doigts avec impossibilité de toucher le pouce avec le cinquième doigt ou le quatrième ou de séparer les doigts; on note aussi des dysrythmies avec rythme lent ou au contraire bousculé. Enfin le test constitue un bon moyen de recherche de la gaucherie; en pareil cas, l'enfant commence le test par la main gauche et le réalise mieux c'est-à-dire avec plus de précision et moins de syncinésies. Ce test permet à 5 ans, une appréciation à la fois sur la coordination et la maîtrise du geste.

Renversement de la main: on demande à l'enfant de tourner dans une main; la droite par exemple, l'autre main, la gauche, doigts étendus, face palmaire et face dorsale alternativement.

Puis, on procède de la même manière, mouvements de la main droite dans la main gauche.

On confirmera également avec ce test le phénomène de la gaucherie.

N.B. Education psychomotrice et arriération mentale.
Louis Pick et Pierre Voyer (3ième édition).
Editions Doin 1968.

9.2.3 Observation de la personnalité et comportement à l'examen:

"La personnalité de l'enfant s'exprime très souvent à partir des troubles psycho-moteurs comme les tics; des éléments morbides du sourire et du rire; les troubles du langage; des manifestations d'insécurité comme les pleurs, les tremblements et par de l'instabilité".

Tics: localisation, sortes.

Faciès: inquiet, détendu, accueillant, rébarbatif... nuance du rire, du sourire.

Troubles du langage: mutisme, parler infantile, dyslalie, bégaiement.

Concentration: instabilité motrice, attention... compréhension.

10.0 TECHNIQUES DE DEPISTAGE

10.1 Le dépistage des troubles visuels

10.1.1 La clientèle visée:

- Tous les étudiants de maternelle, 3e année, classes spéciales, nouveaux venus.
- Tous les étudiants référés.
- Tous les étudiants qui présentent des troubles d'apprentissage.
- Tous les étudiants qui consultent pour troubles visuels.
- Tous les étudiants dépistés, non corrigés.

10.1.2 Les tests suivants ont été retenus pour l'examen visuel:

	Maternelle	3e année et autres
- acuité visuelle (carte Snellen)	"	"
- Test de l'hypermétropie (lentille 2.00)	"	"
- Test écran	"	
- Motilité oculaire	"	
- Test titmus	"	
- Vision des couleurs "matsubara"	"	
- Observation	"	"

- paupières: s'il cligne souvent des yeux
- conjonctives: doivent être rosées
- cornée: on note la translucidité
- pupilles: égalité et rondeur, réactions égales à la lumière.
- iris: taches bien délimitées qui pourraient être suspectes.

10.1.3 Techniques des test utilisés

- L'acuité visuelle*:

C'est le degré d'aptitude de l'oeil à percevoir les détails spéciaux; ceux-ci sont mesurés par l'angle sous lequel ils sont vus.

* Texte préparé par le Service de Prévention de la cécité - I.N.C.A.

On mesure en général l'acuité à l'aide d'échelles d'optotypes (lettres). Les plus courantes sont les échelles Snellen lettrées ou illéttrées. La taille des lettres est calculée de telle sorte qu'à 20 pieds de distance, la lecture des caractères les plus fins correspondent à un angle de l'ordre de 1 minute d'arc. Dans l'échelle Snellen, l'acuité est mesuré par une fraction dont le numérateur indique la distance d'observation, ex: 20 pieds - 15 pieds - 10 pieds ou 6 mètres et le dénominateur, la distance à laquelle les détails caractéristiques sont vus par une personne normale. Ainsi, une personne ayant une acuité de 20/40 pourra identifier à 20 pieds la ligne 40, ce qu'une personne avec une acuité normale identifierait à une distance de 40 pieds.

On choisit un local calme d'abord puis l'examen se fait avec une luminosité totale de 10 à 30 pieds chandelle ou un éclairage de 100 à 200 watts de lumière près du sujet. L'éclairage ne doit pas éblouir ni l'échelle ni le sujet.

L'échelle de Snellen est placée à la distance pour laquelle elle a été calibrée, 10 ou 20 pieds. On prend l'acuité avec et sans lunettes.

On évalue l'oeil droit, l'oeil gauche et les deux yeux ensemble . Pour chiffrer l'acuité on note la dernière ligne lue correctement. S'il y a lieu, ajouter les lettres de la ligne suivante qui sont lues, ex: 20/40 + 2 ou encore soustraire de la dernière ligne lue la ou les erreurs ex: 20/40 - 2. Si on ne peut évaluer l'acuité visuelle selon une échelle, on calcule la distance à laquelle le sujet peut compter les doigts, ex: C.D. à 2 pieds. Sinon, on indique si le sujet perçoit les mouvements de la main, ex: M.M. 1 pouce ou encore par projection

lumineuse ex: P.L. ou perception lumineuse, ex: P.P.L. et s'il n'est pas possible de percevoir la lumière on inscrit "NIL", après s'être assuré que la personne ne porte pas de prothèse oculaire.

Il est important de noter que si l'on prend l'acuité visuelle d'une façon linéaire ou d'une façon angulaire (optotype séparée), car l'amblyope aura des difficultés à identifier une lettre sur une ligne continue tandis qu'il pourra l'identifier si on l'isole. Le 20/30 de l'échelle devrait être à la hauteur des yeux, et le sujet sera toujours plus réceptif s'il est assis.

On dirige le sujet s'il ne peut lire mieux que 20/40 après une deuxième vérification ou qui présente une différence de 2 lignes entre les 2 yeux, ex: O.D. 20/20 et O.S. 20/30. Si le sujet ne lit pas 20/20 ou 20/25, on utilise le trou sténopéique pour tenter d'améliorer l'acuité. Si l'acuité s'améliore, on peut penser à une erreur de réfraction, ex: myopie. On utilise aussi des lentilles - 2.00 dioptries même si le sujet lit 20/20. Si avec ces lentilles le sujet peut lire 20/20, on peut suspecter une hypermétropie possible.

Codification:

sc: sans lunettes	OD: oeil droit
ss: avec lunettes	OS: oeil gauche
	DU: les deux yeux.

A) Test de l'écran: (pour strabisme)

Plusieurs tests servent à déceler le strabisme et l'amblyopie. Ces tests doivent être faits chez les enfants de 6 mois à 5 ans, âge où le strabisme et l'amblyopie peuvent être corrigés. Après 6 ans, les chances de corrections sont minimes sinon, impossible.

L'examen sous écran sert à identifier un strabisme manifeste ou intermittent (tropies), ou des déviations contrôlées par le mécanisme de la fusion (phories). Le test se fait par une occlusion alternée unilatérale. On fait fixer, par le sujet, un objet de près (12 pouces environ). En couvrant et découvrant l'oeil tour à tour, on observe s'il existe un mouvement ou déviation de l'oeil découvert ou en découvrant l'oeil caché. Le même test est répété en faisant fixer le sujet à une distance de 20 pieds. On procède ensuite à l'examen sous écran par une occlusion alternée, notant s'il y a mouvement d'un oeil. Ce dernier test complète le test sous écran unilatéral. S'il y a mouvement, on répète le premier test.

B) Test de motilité oculaire:

La motilité oculaire sert à identifier l'intégrité des muscles de l'oeil. On fait regarder l'enfant dans les 9 positions possibles; (↑↓↗↖⇄↘↙X), notant s'il existe une asymétrie ou nystagmus. Ce test nous fait découvrir une parésie, une paralysie ou une hyperaction d'un ou de plusieurs muscles.

D) Test de la mouche (vision binoculaire) Titmus:

Ce test sert à évaluer la perception dans l'espace des trois dimensions. Le sujet doit, avec le port de lunettes polarisées, pincer les ailes de la mouche d'un côté et identifier les animaux et les ronds surélevés. Normalement, ces images doivent être vues en trois dimensions. On réfère un sujet qui ne peut exécuter une partie de ce test ou le test en entier, étant assuré que le sujet a bien compris le test

et qu'il ne peut le faire par manque de vision binoculaire. Si le sujet ne peut pincer les ailes de la mouche, on lui demande d'identifier ou de dessiner les lettres situées à la base de la mouche, R et L. S'il identifie le L et ne peut identifier le R, c'est que son oeil droit (right) ne voit pas.

D) Test de la vision des couleurs:

Matsubara:

Il sert à évaluer l'intégrité de la vision des couleurs chez les enfants de 6 ans et moins. On fait identifier les animaux en commençant par la fin. Si l'enfant peut identifier le dessin, on lui demande de tracer le dessin avec son doigt. Pour interpréter ce test, on se réfère à l'index du livre.

On sait que 8% des garçons et que 0.9% des filles sont daltoniens. On doit aviser les parents et professeurs des enfants daltoniens et, l'enfant doit en être conscient pour son choix de carrière future.

Observations générales:

Durant le test de l'acuité visuelle de loin et de près, on doit noter si le sujet tourne la tête, avance sa tête, si ses yeux pleurent, s'il fronce les sourcils ou s'il plisse les yeux, s'il grimace, s'il ferme un oeil lorsqu'on le fait lire avec ses deux yeux, s'il cligne souvent des yeux. On doit noter la coloration des conjonctives qui doivent être rosées. On observe s'il y a présence de pellicules sur les cils. On observe s'il y a égalité et rondeur des pupilles, si elles réagissent également à la lumière. On note la translucidité de la cornée à l'aide d'une lampe de poche placée du côté temporal de

l'oeil. On observe s'il existe sur l'iris des taches bien délimitées qui pourraient être suspectes. Pour tout problème oculaire décelé, il est important de diriger ces enfants chez l'ophtalmologiste pour investigation médicale complète des yeux. On doit s'assurer que l'enfant avec un problème oculaire a consulté un ophtalmologiste par des relances auprès des parents. On doit obtenir un rapport et s'assurer que le traitement est bien suivi.

10.1.4 Référence et suivi:

Tout cas suspect de troubles d'acuité doit:

1) subir un 2e examen (contrôle)deux ou trois semaines après le premier examen.

Tout cas suspect d'anomalie visuelle doit:

2) être notifié aux parents par téléphone et/ou par lettre explicative.

3) être référé à un spécialiste

- optométriste: pour vices de réfraction
- ophtalmologiste: pour strabisme ou autres affections des globes oculaires.

4) être relancé par l'infirmière pour en assurer le suivi

Est référé, tout enfant dont:

- l'examen externe de l'oeil présente une anomalie
- vision anormale (Snellen 20/40)

  (Snellen 20/40 ou moins améliorable au trou sténopéique)

  (Snellen 20/30 ou mieux améliorable avec lentille de -2.00 dioptrie)

  (Snellen 20/50 avec lentille de 1.75 dioptrie).
- anomalies aux autres tests.

10.1.5 Matériel utilisé:

- carte Snellen 20' ou
- carte Snellen 10'

- lentille 2.00
- obturateurs
- matsubara
- test de la mouche - titmus
- lunettes polarisées
- lampe de poche
- gallon à mesurer

10.1.6 Définition:

L'aveugle: l'élève qui, sur la foi d'un examen approprié administré par un spécialiste compétent, est déclaré aveugle.

Le demi-voyant: l'élève qui, sur la foi d'un examen approprié administré par un spécialiste compétent est déclaré demi-voyant c'est-à-dire: capacité visuelle se situant entre 20/70 et 20/200.

10.2 Le dépistage de troubles auditifs

10.2.1 Généralités

10.2.1.1 Un examen auditif comprend:

- l'examen de l'oreille externe et pourtour sans appareil.
- l'examen du conduit auditif avec otoscope.
- l'examen à l'audiomètre.

10.2.1.2 Clientèle visée:

- tout étudiant qui subit une évaluation bio-physique (maternelle, classes spéciales, nouveaux venus de l'extérieur).
- tout étudiant qui se présente pour troubles auditifs.
- tout étudiant référé pour troubles auditifs.
- tout étudiant qui présente des troubles d'apprentissage.
- tout étudiant qui présente des troubles du langage.
- tout étudiant qui se maintient dans le dernier cinquième de la classe.
- tout étudiant dépisté pour l'infirmière.

10.2.1.3 Définitions:

Le sourd: l'élève qui, sur la foi d'un examen approprié, administré par un spécialiste compétent est déclaré sourd, c'est-à-dire: perte auditive se situant à 85 décibels et plus, à l'écoute de la meilleure oreille.

Le demi-sourd: l'élève qui, sur la foi d'un examen approprié, administré par un spécialiste compétent, est déclaré demi-sourd, c'est-à-dire perte auditive se situant entre 25 et 60 décibels à l'écoute de la meilleure oreille.

10.2.2 Techniques de dépistage

10.2.2.1 Observation avant l'examen:

- créez un climat de confiance
- intéressez-vous à lui
- écoutez-le
- parlez-lui
- expliquez-lui ce que vous allez faire
- interrogez-le sur l'état présent et passé de son appareil auditif:
  - présente-t-il ou a-t-il présenté: OTALGIE, BOURDONNEMENTS, AUTOPHONIE, ECOULEMENT PURULENT, VERTIGES, SURDITE.

Observez:

a) entend-il bien ce que vous lui dites (spécialement lorsque vous avez le dos à lui? lorsque vous chuchottez?).

b) vous fait-il répéter?

c) essaie-t-il de lire sur vos lèvres?

d) tend-il l'oreille gauche lorsque vous êtes à droite...?

e) fronce-t-il les sourcils?

Toujours agir aseptiquement pour éviter la propagation en profondeur de l'oreille atteinte, la propagation à l'autre oreille ou encore votre propre contamination.

10.2.2.2 Examen de l'oreille externe sans spéculum:

Examiner l'oreille externe droite puis gauche.
(Ne jamais faire d'examen à l'otoscope sans observation préalable: de la sorte, vous ne méconnaîtrez pas une anomalie qui pourrait empêcher l'usage de cet appareil).

Au PAVILLON vous verrez parfois des plaques d'eczéma sec dans la conque, une irritation au sillon rétroauriculaire (temps pour conseil d'hygiène). Les mouvements imprimés au pavillon sont-ils très pénibles? Des plaies, un écoulement purulent sont-ils constatés? (N'oubliez pas l'asepsie).

Au MEAT AUDITIF: (Figure 41)

- vous pourriez apercevoir une tuméfaction (furoncle?) qui obstrue le méat. Cette découverte sera heureuse, pour vous, car elle vous évitera de commettre deux fautes: d'abord d'exercer une traction vigoureuse sur le pavillon qui serait douloureuse en pareil cas, puis d'enfoncer un spéculum trop gros, ce qui serait plus douloureux encore pour le malade et pour... votre réputation! Outre le fuconcle vous pourriez apercevoir au méat, du PUS...

- Observer et PALPER LE POURTOUR DE L'OREILLE:
(Figures 180, 178-79, 123-24)

- Cela vous permettra a) de constater un gonflement, une tuméfaction, b) de reconnaître un siège douloureux. Ainsi le doigt recèle-t-il un point très sensible en avant du tragus, sous le lobule, à l'arrière du pavillon?

Ne cessez pas d'expliquer ce que vous faites: montrez et expliquez l'appareil que vous allez utiliser.

10.2.2.3 Examen à l'otoscope: (spéculum)

Spéculum propre à chaque oreille

Position de l'enfant: assis ou couché sur le côté.

Otoscope:

- Avant d'introduire le spéculum: (figure 17)
  - Pour redresser la courbure du conduit auditif, c'est-à-dire la partie mobile cartilagineuse, TIREZ DELICATEMENT LE PAVILLON EN HAUT ET EN ARRIERE. Rappelez-vous que cet instrument sert à canaliser la lumière et à redresser la courbure du canal.
  - INTRODUISEZ LE SPECULUM (si aucun contre-indication n'a été signalée): (Figures 47-48, 18,49).
    a) avec la main congécère à l'oreille examinée (o.dr. m. dr)
    b) placer doucement le spéculum dans le méat auditif.
    c) puis, SANS RAIDEUR, par de petits mouvements de rotation (ne jamais faire de mouvements de va et vient) faire pénétrer le spéculum dans le conduit auditif (sans déterminer la moindre douleur et sans provoquer le moindre mouvement de tête)jusqu'à ce que vous aperceviez le tympans(on ne l'enfonce pas jusqu'au conduit osseux, car ce contact serait douloureux).
    d) une fois pénétré dans le conduit, imprimez-lui des mouvements de latéralité. (Supposez que le spéculum vous montre une des parois: déplacez très doucement le pavillon à droite ou à gauche, vers le bas ou vers le haut, en suivant bien de l'oeil, la paroi jusqu'à sa partie la plus profonde c'est-à-dire jusqu'au tympan. (figure 50).

Observations possibles:

N.B.: Ces planches anatomiques ne doivent pas servir au diagnostic mais bien aider l'infirmière dans ses observations du "NORMAL" et du "PAS NORMAL".

FIG. 15. — *Le pavillon.*

FIG. 41. — *Examen de l'oreille sans spéculum.*

Le pavillon, pris entre le pouce et l'index d'une main, est attiré en arrière, tandis que le tragus est repoussé en avant avec l'index de la main opposée.

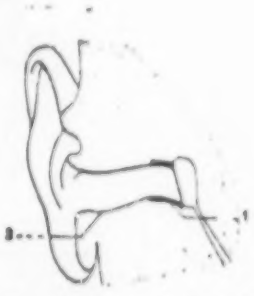


FIG. 16. — *Le conduit auditif.*

FIG. 27. — *Direction du tympan par rapport au conduit.*

La direction du tympan par rapport au conduit n'est pas perpendiculaire, mais légèrement oblique.

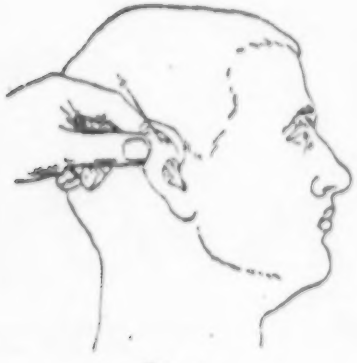


FIG. 17.

FIG. 47. — *Comment on place le spéculum.*

Le pavillon, tenu entre le pouce et l'index, est attiré en haut et en arrière, puis le spéculum est placé au méat auditif.

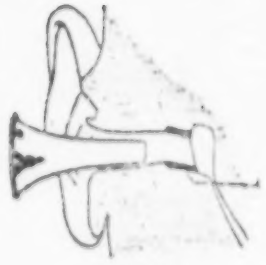


FIG. 18.

On ne l'emploie pas lorsqu'un conduit osseux (1).

FIG. 48. — *Comment on introduit le spéculum.*

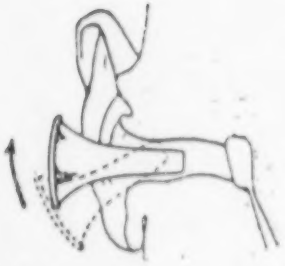


FIG. 50. — *Mauvaise introduction du spéculum.*

Il doit être redressé dans le sens de la flèche et dirigé de telle sorte que son axe prolongé traverse la tête en passant par l'oreille opposée.

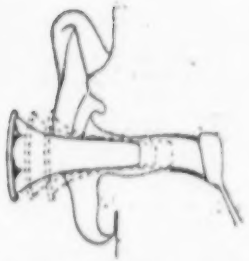


FIG. 49. — *Mauvaise introduction du spéculum par des mouvements de va-et-vient.*

FIG. 51. — *Image du tympan.*

Voici le tympan tel qu'on l'aperçoit toujours dans le fond du spéculum et aussi, parfois sans le secours du spéculum, chez certains sujets dont le conduit auditif est très large, rectiligne. Il suffit alors dans un cas de tirer légèrement le pavillon en haut et en arrière et de repousser le tragus en avant pour recevoir la membrane tympanique.

FIG. 122. *Deux furoncles du conduit.*

FIG. 127. — *Formation des bouchons de cérumen.*

FIG. 128. — *Bouchon de cérumen qui se forme sur la paroi inférieure du conduit.*

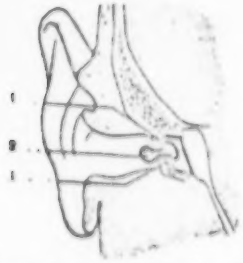


FIG. 130. — *Exostoses du conduit.*

1 et 3 Exostoses. — 2. Cérumen ou débris épidermiques obturant la lumière du canal comprise entre les deux exostoses. D'où surdité.

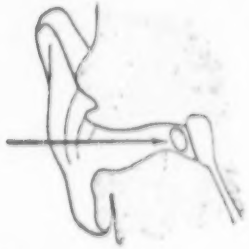


FIG. 133. — *Corps étranger refoulé par un stylet dans le conduit osseux, en arrière de l'isthme.*

FIG. 177. — *Décollement de pavillon dans la mastoïdite.*

Comment on examine un malade atteint de mastoïdite.

FIG. 115. — *Ecartement des pavillons.*

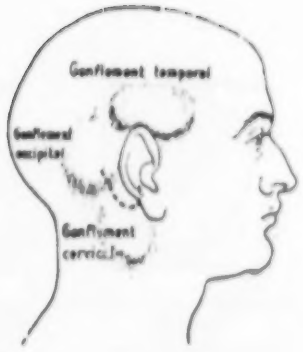


FIG. 180.

FIG. 123. — *Le siège des points douloureux dans un furoncle.*

FIG. 124. — *Le siège des points douloureux dans une mastoïdite.*

FIG. 121. — *Ganglions péri-otiques.*

FIG. 178. — *Recherche du point douloureux au niveau de la pointe.*

FIG. 179. — *Recherche du point douloureux au niveau de l'antre mastoïdien.*

N.B.: (Veillez prendre note que ces figures vous sont présentées pour faciliter une meilleure observation et non dans le but de faire des diagnostics).

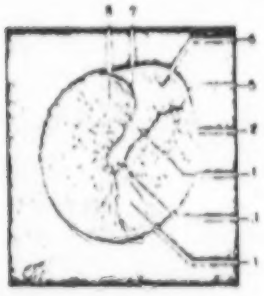


FIG. 52. — *Tympan normal. Les points de repère indispensables à connaître.*

FIG. 160. — *Otorrhée chronique*

Perforation postérieure et supérieure. Dans ces cas, il y a souvent une carie de l'enclume et de l'antre mastoïdien (perforation dangereuse).

FIG. 161. — *Otorrhée chronique*

Perforation de la membrane de Shrapnell. L'écoulement est alors purulent et fétide (perforation très dangereuse).

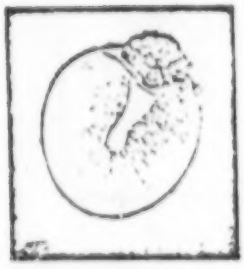


FIG. 162. — *Suppuration de l'attique avec fongosités au niveau de la membrane de Shrapnell.*

FIG. 158. — *Otorrhée chronique.*

Perforation centrale ou *circum-marginale*.

Elle n'a aucune signification pronostique.

FIG. 159. — *Otorrhée chronique*

Destruction de la membrane du tympan; on aperçoit l'enclume en forme de V, en haut et à gauche (perforation non dangereuse).

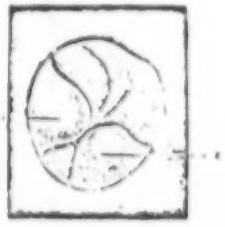


FIG. 131. — *Exostoses.*

Elles siègent exclusivement dans la partie profonde, au niveau de la zone osseuse. On voit en 1 et 2 deux exostoses implantées sur les parois antéro-inférieure et postérieure du conduit.

FIG. 135. — *Image du tympan au début d'une otite moyenne aiguë.*

Au début, lorsqu'il y a simplement de la congestion de la muqueuse de la caisse, le tympan vous apparaîtra *infiltré, rouge* au niveau du pôle supérieur et du manche du marteau. C'est, en effet, la partie de la membrane qui se congestionne en premier lieu, puisque c'est par là que les vaisseaux lardent le tympan; c'est la zone la plus vasculaire. Le tympan est parsemé de *vaisseaux rouges. Le triangle lumineux a disparu.*

FIG. 136. — *Image du tympan à une période plus avancée, quand il y a épanchement dans la caisse.*

S'il y a exsudat dans la caisse, vous apercevez souvent à sa surface une *ligne de niveau* (1). Cette ligne marque deux colorations bien tranchées du tympan qui est grisâtre au-dessus, jaune ambré au-dessous. Cette ligne est assez rare. Parfois la membrane tympanique, enfoncée, présente une coloration ambrée généralisée.

FIG. 137.

Assez souvent on aperçoit des *bulles d'air* appliquées contre la face interne de la membrane et contenues au milieu du liquide; ces bulles se déplacent quelquefois par les mouvements de la tête ou après des efforts de moucher.

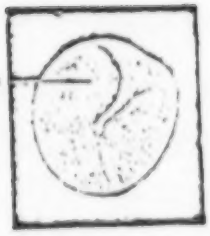


FIG. 143. — *Otite séreuse.*

Le tympan est humide et présente une voussure, une poche dans le quart postéro-supérieur (1).

FIG. 144. — *Image otoscopique du début de l'otite suppurée avant la perforation du tympan.*

Au début, la membrane est rouge au niveau de son pôle supérieur et du manche du marteau. On aperçoit de petites arborisations capillaires sillonnant le manche et la partie supérieure du tympan.

FIG. 145. — *Un aspect de l'otite moyenne aiguë avec épanchement. Le tympan bombe, sillonné de vaisseaux radiés.*

FIG. 146. — *Un autre aspect du tympan avant la perforation.*

La membrane est refoulée en dehors par l'épanchement de la caisse, elle est comme ballonnée et tendue. Cette voussure est parfois généralisée.

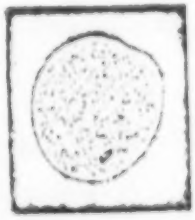


FIG. 147. — *Siège le plus fréquent de la perforation du tympan dans l'otite moyenne aiguë suppurée.*

Elle apparaît généralement sous forme d'un point *saillant*, brillant comme une gouttelette de mercure se détachant sur le fond rouge de la membrane, en avant et en bas. (Le point brillant est un reflet dû à l'éclairage du miroir, la pulsation est due aux battements transmis au pus par les vaisseaux dilatés de la caisse.)

FIG. 148. — *Perforation du tympan à sa partie supérieure.*

Lorsque le tympan est humide on forme de *poche* (habituellement dans le quart postéro-supérieur), la *perforation* se trouve au sommet du tympan.

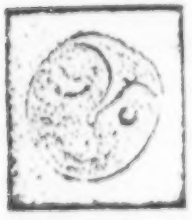


FIG. 151. — *Image du tympan dans l'otite grippale.*

La membrane est recouverte de phlyctènes séreuses et sanguinolentes.

FIG. 152. — *Vaste perforation du tympan.*

Lorsque la perforation est très grande (suite des fièvres éruptives, par exemple), elle apparaît comme une tache obscure.

FIG. 156. — *Otorrhée chronique.*

Petite perforation antéro-inférieure (non dangereuse) : lésion de la trompe d'Eustache et de l'arrière-nez, le pus en sort muqueux le plus souvent.

FIG. 157. — *Otorrhée chronique.*

Perforation antéro-inférieure plus vaste; elle est souvent fonction d'une

e) EXAMINER LE TYMPAN: son ASPECT, sa COLORATION, son INCLINAISON. (voir figures anatomiques).

Pour l'apercevoir dans sa totalité, la lumière du spéculum étant très restreinte, vous inclinerez l'instrument dans tous les sens, autour de son axe. (De blanc-gris, un tympan pathologique sera parfois, formés de petites arborescences vasculaires. Un degré de plus et tous les vaisseaux devenus confluents imprimeront à la membrane une coloration rouge uniforme. D'autres fois la membrane est d'un blanc opaque, couleur porcelaine, par plaques: plaques de sclérose. Enfin, il peut présenter des perforations).

f) Examiner l'autre oreille de la même façon, après avoir changé de spéculum, spécialement s'il y a présence d'infection.

Il faut noter que l'examen sommaire des organes voisins des oreilles est aussi important:

Nez et gorge: - obstruction ou infection nasale
- infection de la gorge peut avoir des répercussions sur les oreilles.

10.2.2.4 Mesure de l'acuité auditive à l'"Audiomètre":

1) vérification de la mise au point de l'appareil. Local le plus insonorisé possible.

2) asseoir l'enfant légèrement en arrière de l'audiomètre, face à l'infirmière. Faire boire un peu d'eau.

3) préparation psychologique - explications à fournir: explication du son - explication re: moment où il doit donner le signal: lever la main et l'abaisser.

4) écouteurs à placer sur les oreilles - bleu pour l'oreille gauche,

rouge pour l'oreille droite - tous deux bien alignés sur le canal auditif externe.

Balayage éclair

1) Mettez la manette de droite à "On" et faire réchauffer l'appareil avant de s'en servir.

2) Manette de gauche à "Right" pour oreille droite, celle du centre à "Reverse", ainsi le son ne sera émis qu'à la pression de l'un ou l'autre levier indifféremment.

3) Placer le commutateur "Fréquence" à 1000. Cette fréquence est plus facile d'identification et se situe au milieu de la zone de la parole. Faites identifier le son en plaçant la manette Décibel à 30.

4) Emettre le son en pressant un des leviers pendant une ou deux secondes et deux ou trois fois.
Si l'enfant indique qu'il entend bien le son, ramener le contrôle Décibel à 150 plus bas. S'il entend encore à ce niveau et que la réponse est rapide, changer de fréquence en passant ensuite aux fréquences suivantes:
500 - 250 - 2000 - 4000 et revenir à 1000.
S'il entend des deux oreilles à 20 Décibels, considérez alors qu'il a une audition normale s'il s'agit d'un enfant de maternelle.
Pour un enfant plus âgé, il faudra poursuivre le test et abaisser la manette Décibel jusqu'à 0.

5) Enregistrer le seuil obtenu sur la carte d'audiogramme. Les symboles utilisés sont inscrits:
X bleu pour l'oreille gauche
O rouge pour l'oreille droite.

Ces signes sont inscrits à chaque fréquence, selon le seuil auquel l'enfant a été capable de percevoir le son correctement par rapport à la normale.

Soins de l'audiomètre:

L'audiomètre est un instrument de précision qui mérite d'être traité comme tel. Le soin et la manutention vont déterminer la précision soutenue et le rendement de l'appareil.

Eviter de le transporter dans le coffre de l'automobile ou de le laisser tomber.

Ne pas le laisser au froid trop longtemps.

Ne pas frapper les écouteurs l'un sur l'autre.

Attention de les laisser tomber ou d'y introduire un objet pointu.

Une corde cassée ou usée produira des bruits qui brouilleront le test.

L'audiomètre doit être inspecté au moins 1 fois par an, juin de préférence.

10.2.3 Références:

Tout cas suspect de troubles d'acuité, avec perte auditive de 20 Décibels et plus, après examen de contrôle un mois plus tard.

Tout enfant dont l'examen du conduit auditif externe présente une anomalie doit être notifié aux parents par téléphone et/ou par lettre explicative.

Etre référé au médecin de famille.

10.2.4 Relance:

Tout cas référé doit-être relancé par l'infirmière pour en assurer le suivi.

10.2.5 Matériel utilisé:

- Otoscope
- Spéculum disposable

- Ampoule à otoscope
- Batteries à otoscope
- Tiges montées pour nettoyer les spéculums
- Ouate
- Désinfectant à instrument
- Audiomètre.

11.0 SURVEILLANCE DU MILIEU: SALUBRITE, SECURITE

La surveillance du milieu est une des tâches de l'infirmière oeuvrant en milieu scolaire. Elle collabore donc, avec la direction de l'école en vue du maintien et/ou de l'amélioration de la qualité de l'environnement scolaire où évolue l'étudiant durant l'année académique. Si un problème est noté sur le plan de la salubrité et de la sécurité dans le milieu scolaire, l'infirmière fait part de ses observations au principal de l'école concernée. Si une deuxième intervention est nécessaire, un mémo est alors adressé au directeur de l'école, avec copie conforme à la responsable du Service au Département de Santé Communautaire qui pourra alors étudier le problème avec les autorités concernées.

12.0 LES PREMIERS SOINS (1)

Il appartient au service de santé en milieu scolaire d'organiser le service de premiers soins.

L'objectif de ce service est de donner des soins provisoires à un élève accidenté ou atteint d'un malaise soudain dans le but de favoriser son rétablissement et d'empêcher son état de s'aggraver en attendant l'intervention du médecin ou son transport au centre de santé s'il y a lieu.

Types de services

Tel que défini dans le programme du service de santé en milieu scolaire (1er juillet 71), dans le cadre des services thérapeutiques, les premiers soins doivent se limiter:

1) aux soins d'urgence permettant le transport en toute sécurité au centre de santé qui dessert l'école.
2) aux soins en cas de traumatismes mineurs.

12.1 Politique de base

12.1.1 Information

Au début de chaque année scolaire, les autorités de l'établissement scolaire doivent:

1) faire connaître aux parents et élèves, la politique de premiers soins en vigueur dans l'établissement scolaire.
2) donner des informations spécifiant ce à quoi s'engage le milieu scolaire en cas d'accident ou de malaise subit qui peut survenir à un élève.

(1) Source: Ministère des Affaires sociales (17 novembre 1972).

12.1.2 Autorisation

Les autorités scolaires doivent s'assurer d'une autorisation écrite des parents ou tuteurs ou de l'élève lui-même, s'il est majeur, relativement aux mesures à prendre en cas d'urgence.

Le document doit faire connaître:

a) le nom du médecin de famille ou de tout autre médecin dont les services professionnels sont acceptés par la famille en cas de besoin;

b) recommandations spéciales faites par la famille ou par le médecin relatives à certains problèmes de santé particuliers à l'élève s'il y a lieu.

12.1.3 Avertissement de la famille

La direction de l'établissement scolaire doit avertir le plus rapidement possible, la famille ou tout autre personne, de tout accident, ou maladie subite, survenu à l'élève.

12.1.4 Transport

Un élève blessé ou malade ne doit pas être retourné seul chez lui ou au centre de santé.

Les soins d'urgence donnés, s'il y a nécessité d'un transport au centre de santé approprié et si les parents ne peuvent y voir, les autorités scolaires doivent recourir aux services ambulanciers ou policiers avec lesquels les accords de services auront été préalablement établis.

12.1.5 Entente avec la salle d'urgence

Les autorités scolaires établissent des accords avec les services d'urgence des centres de santé ou des centres hospitaliers de la région

où sont dirigés les cas d'urgence.

12.1.6 Trousse et matériel d'urgence

Des trousses de premiers soins et des manuels de secourisme doivent être à la disposition de chaque école et placés dans les endroits où les accidents se produisent le plus fréquemment, à savoir: gymnase, ateliers de travail, terrain de jeu, salle de jeu, laboratoires, etc...

Le matériel de premiers soins variera selon les types de cours et d'activités scolaires.

La liste du matériel pour les premiers soins est incluse dans la liste du matériel professionnel recommandé pour les services de santé en milieu scolaire et fourni par le centre hospitalier.

12.1.7 Registre des accidents

Tout établissement scolaire doit tenir un registre de toute intervention dans le cas d'accidents ou de malaises subits. Sur des formules standardisées, préparées à cette fin et disponibles au service de santé, doivent apparaître le nom et l'âge de l'élève, nom de l'école, de l'endroit de l'accident, la date, l'heure, le nom du/des témoins, la nature des blessures observées, le traitement provisoire donné et l'acheminement du cas.

Une copie des renseignements obtenus doit suivre le blessé, au lieu du traitement.

Le registre doit aussi contenir le rapport des soins donnés au blessé par le centre de santé.

Le registre des accidents suit pour compilation statistique et interprétation. Il est également nécessaire pour fin d'assurance et d'expertise légale.

12.1.8 Formation en secourisme

Une mentalité persiste chez certains parents et administrateurs scolaires,selon laquelle tout accident qui se produit en milieu scolaire est d'une gravité telle, que seuls les professionnels de la santé (médecins - infirmières) peuvent traiter adéquatement. C'est pourquoi les parents et administrateurs scolaires insistent pour que l'infirmière soit constamment présente à l'école pour répondre à toutes les situations d'urgence. L'enquête effectuée dans les C.S.R. et C.E.G.E.P. (1970) a révélé que 83% des consultations pour accidents ou malaises soudains l'ont été pour des cas mineurs qui ne requièrent pas nécessairement la présence d'une infirmière pour être traités adéquatement.

Comme des soins doivent être donnés, le personnel du service de santé en milieu scolaire doit pouvoir compter sur du personnel auxilliaire qualifié en premiers soins. Ce personnel peut venir du milieu scolaire ou extra-scolaire.

Etant donné que les accidents arrivent n'importe où et n'importe quand, chaque personne de l'école doit être considérée comme susceptible de dispenser les premiers soins. Tout le personnel de l'école devrait donc posséder les connaissances de base du secourisme. Comme c'est là un but à long terme, pour répondre aux besoins, il serait plus réaliste dans l'immédiat que les autorités scolaires participent

à l'établissement de programme de formation en secourisme de quelques membres de leur personnel.

12.1.9 Prévention des accidents

Le secourisme implique plus que le secours au moment d'un accident ou d'une maladie soudaine, mais aussi la prévention des accidents et de leurs complications.

Des études, faites aux Etats-Unis et au Québec, démontrent que la majeure partie des cas surviennent pendant la période de récréation, au niveau de l'élémentaire et dans les gymnases et ateliers, aux niveaux secondaire et collégial.

En conséquence, un aspect important est la prévention des accidents, en exerçant une surveillance attentive des élèves et des étudiants dans les salles de cours, les gymnases et les laboratoires.

Il devient donc important, que toutes les personnes impliquées: étudiants, professeurs et autres, soient sensibilisés à une compréhension des facteurs prédisposants, susceptibles de provoquer des accidents. De plus, une mesure indispensable à la prévention des accidents consiste dans le contrôle, par des inspections suivies, de la sécurité des lieux fréquentés par les étudiants.

12.2 Trousse de premiers soins

Le contenu d'une trousse de premiers soins variera selon les besoins (sports intercollégiaux) ou l'endroit stratégique (ex: laboratoire - atelier mécanique) mais à l'école primaire les articles suivants devront se trouver dans toutes les trousses.

- compresses de gaze stérile 4 x 4 et 2 x 2

- bandage élasto-crêpe
- diachylon
- pansement adhésif (band-aid)
- applicateurs montés, abaisse-langue
- ciseaux petits, de préférence à bouts ronds
- écharpe triangulaire
- essence aromatisée d'ammoniaque
- produit antiseptique
- gobelet en papier.

13.0 CONTROLE DES PARASITES DU CUIR CHEVELU (POUX) CHEZ LES ETUDIANTS

13.1 Procédure:

L'infirmière du Service de Santé doit:

1) examiner, dès le début de l'année scolaire, le porteur habituel connu.
2) faire contrôler ce porteur périodiquement par le professeur de l'enfant.

Si une infestation est suspectée:

3) visiter les classes atteintes.
4) examiner les enfants porteurs et leurs contacts.
5) demander aux autorités scolaires, l'exclusion des enfants contaminés.
6) donner aux parents impliqués les procédures à suivre.
7) surveiller l'évolution de cette contagion:

Comme l'infirmière ne peut visiter et examiner la même classe tous les jours, elle doit demander l'assistance d'une personne responsable de l'école et des parents à qui elle pourra démontrer la nature et les mesures à prendre pour contrôler l'infestation.

13.2 Modèle de lettre aux parents

Chers parents,

A la suite de plaintes des autorités scolaires, relativement à la présence de lentes et de poux dans l'école , nous aimerions avoir votre collaboration pour remédier à cette situation.

Aussi, nous vous demandons:

1. De bien vouloir examiner la tête de vos enfants avec soins, de préférence avec un peigne fin en prenant seulement de petites mèches de cheveux à la fois.

2. S'il y a présence de poux et de lentes, voir à vous procurer chez le pharmacien, le traitement adéquat. (Bornez ou Kwellada).

3. Suivre le mode d'emploi indiqué sur le produit que vous achetez.

4. Le traitement est moins long et plus facile, si l'on peut couper les cheveux.

5. Prenez note que le shampoing n'est destiné qu'à éliminer les poux de tête et de pubis. Il est à proscrire comme shampoing ordinaire.

Par la suite, il faudrait;

6. Garder les enfants atteints à la maison jusqu'à propreté complète de la tête.

7. Ne pas oublier de nettoyer coiffures (bonnets - bérets) peignes, brosses ainsi que les draps et oreillers et vêtements.

8. S'il y a d'autres personnes à la maison qui souffrent de la même affection, elles devront subir le même traitement.

Merci de votre collaboration,

_____

Infirmière du service de santé.

_____

Nom de l'école

14.0 ORTHOPEDAGOGIE

14.1 Définitions utilisées par le Ministère de l'Education pour classifier les formes d'inadaptation.

14.1.1 Les déviations intellectuelles

a) Débile léger:

L'enfant qui, à une épreuve d'habileté intellectuelle valide, administrée par une personne qualifiée et selon les prescriptions scientifiques, a un quotient intellectuel qui se situe entre 25 et 35.

b) Débile mental moyen:

L'enfant qui, à une preuve d'habileté intellectuelle valide, administrée par une personne qualifiée et selon les prescriptions scientifiques, a un quotient intellectuel qui se situe entre 25 et 55.

14.1.2 Les déviations physiques

a) Infirme moteur:

L'élève qui, à la suite d'un accident, d'une maladie, de lésions au système nerveux (mais localisées sur les trajets périphériques), d'une déficience ou d'une malformation congénitale souffre d'un handicap physique qui exige des mesures pédagogiques particulières et/ou les soins intensifs de rééducation physique.

b) Infirme moteur cérébral léger et moyen

L'élève qui, à la suite d'une atteinte organique légère ou moyenne au niveau des centres de contrôle moteurs du cerveau, manifeste une incoordination motrice légère ou moyenne ou des troubles sensori- moteurs légers ou moyens, a besoin de mesures de rééducation physique, sensori-motrice et pédagogique intégrées à son programme scolaire.

c) Infirme moteur cérébral grave

L'élève qui, à la suite d'une atteinte organique grave au niveau des centres de contrôle moteurs du cerveau, manifeste une incoordination motrice grave ou des troubles sensori-moteurs graves, a besoin de

mesures de rééducation physique, sensori-motrice et pédagogique intégrées à son programme scolaire.

d) Diminué physique

L'élève qui est atteint d'une maladie organique, extra-cérébrale, suffisamment grave pour nécessiter des soins intégrés à son programme scolaire et des mesures pédagogiques particulières. Exemples: cardiopathie, arthrite, dystrophie, etc...

e) Epilepsie non-médicalement contrôlée

L'enfant qui est atteint d'une affection neurologique chronique caractérisée par des crises convulsives mal ou non-médicalement contrôlées.

14.1.3 Les déficiences sensorielles

a) Le sourd

L'élève qui, sur la foi d'un examen approprié administré par un spécialiste compétent, est déclaré sourd, c'est-à-dire perte auditive se situant à 85 décibels et plus, à l'écoute de la meilleure oreille.

b) Le demi-sourd

L'élève qui, sur la foi d'un examen approprié, administré par un spécialiste compétent, est déclaré demi-sourd, c'est-à-dire perte auditive se situant entre 25 et 80 décibels à l'écoute de la meilleure oreille.

c) L'aveugle

L'élève qui, sur la foi d'un examen approprié, administré par un spécialiste compétent, est déclaré aveugle.

d) Le demi-voyant

L'élève qui, sur la foi d'un examen approprié, administré par un spécialiste compétent, est déclaré demi-voyant, c'est-à-dire capacité visuelle se situant entre 20/70 et 20/200.

14.1.4 Les déviations socio-affectives

- Le mésadapté socio-affectif grave

L'enfant qui, à la suite d'une évaluation psychologique appropriée, administrée par un spécialiste compétent, manifeste des difficultés graves de comportement affectif et global, incompatibles avec la qualité et la quantité des groupes scolaires réguliers, doit bénéficier de mesures de rééducation affective et de pédagogie curative dans un groupe structuré à cette fin.

14.1.5 Les déviations au niveau des apprentissages

Les élèves de cette catégorie constituent un groupe hétérogène. Une caractéristique leur est commune, toutefois, bien que doués d'une intelligence normale et affligés d'aucun handicap sensoriel ou physique, ils éprouvent des difficultés variées de nature psychologique et pédagogique.

Ces difficultés s'expriment par des appellations variées: trouble de l'apprentissage, trouble de la perception, trouble du langage, dyslexie, dyscalcutie, dysorthographie, dysfonction cérébrale, etc... Ces difficultés peuvent être légères ou graves. Toutes, cependant, appellent des mesures orthopédagogiques appropriées, appliquées soit dans une classe spéciale, soit en regroupement libre, celui-ci obéissant à la technique du dénombrement flottant et régi par des règles administratives spéciales.

Les sous-catégories suivantes seront considérées par le Ministère de l'Education.

a) Déficience au niveau des préalables (classes de maturation ou d'attente).

Seuls, sont considérés comme candidats aux classes de maturation et d'attente, les élèves de six (6) ans d'âge chronologique et/ou ayant fait un séjour dans une classe maternelle reconnue, pour lesquels une évaluation psychopédagogique a révélé une déficience marquée au niveau des préalables aux apprentissages scolaires de niveau élémentaire. Le

séjour dans une telle classe ne doit pas excéder une année scolaire.

b) Déviation mineure au niveau des apprentissages

Seuls, sont considérés dans cette sous-catégorie, les élèves de niveau élémentaire présentant un retard scolaire généralisé de deux ans ou plus et/ou affectés par des difficultés spécifiques légères ou moyennes, telles les difficultés de langage, de lecture, de la psychomotricité, du calcul, les troubles perceptuels, etc...

c) Déviation grave au niveau des apprentissages

Seuls, sont considérés dans cette sous-catégorie, les élèves présentant un retard scolaire généralisé de trois (3) ans ou plus et/ou affectés par des difficultés spécifiques chroniques, telles la dyslexie, la dyscalculie, la dysorthographie caractérisée , les difficultés sévères du langage, de la psychomotricté, etc...

14.1.6 Les déviations multiples

L'expression "déviations multiples" désigne la situation de tout élève qui présente plus d'un syndrôme à la fois, c'est-à-dire déviation intellectuelle et/ou déviation physique associée à une déviation socio-affective majeure et/ou une déviation grave au niveau des apprentissages.

14.2 Définitions utilisées par le Département de Santé Communautaire de l'Hôpital Ste-Croix pour classifier les handicapés physiques.

a) myélopathie: ceux qui ont des atteintes de la moelle épinière.
b) encéphalopathie: ceux qui ont des atteintes au cerveau.
c) neuropathie: ceux qui ont des lésions nerveuses périphériques.
d) ostéopathie: ceux qui ont des tumeurs ou lésions osseuses.
e) myopathie: ceux qui ont des lésions ou maladies des muscles.
f) arthropathie (arthrite et maladies rhumatismales): ceux qui ont des atteintes aux articulations.
g) amputation: perte d'une intégrité anatomique.
h) polytraumatismes: ceux qui ont des atteintes ou affections multiples.

14.3 Le rôle de l'infirmière

14.3.1 Aider les professionels de l'école (professeurs, psychologues, travailleurs sociaux etc) à un dépistage rapide des problèmes chez l'enfant.

Moyens utilisés:

- la formule aux parents, renseignements sur la situation familiale sur le comportement de l'enfant, sur le développement de l'enfant.
- l'examen physique
- l'examen sensoriel
- l'appréciation neuromotrice
- le comportement de l'enfant à l'examen
- l'observation attentive de l'infirmière lors de l'examen
- la communication avec les professeurs
- la connaissance du milieu familial.

14.3.2 Etablir un système de références et de rencontres avec l'équipe multidisciplinaire.

14.3.3 Renseigner le professeur sur la conduite à tenir en cas de crise vis-à-vis l'écolier diabétique, épileptique ou asthmatique.

14.3.4 Renseigner le personnel de l'école sur les ressources communautaires du milieu.

14.3.5 Référer l'enfant, selon sa compétence, aux spécialistes concernés.

14.3.6 Etablir un système de relance pour obtenir la correction des défauts constatés.

14.3.7 Informer la famille, selon les besoins, à recourir aux ressources du milieu.

14.3.8 Aider la famille au besoin à obtenir l'aide aux ressources extérieures à la région.

14.3.9 Motiver l'enfant, selon son handicap, à observer un régime de vie conforme aux règles de l'hygiène.

14.3.10 Promouvoir l'intégration de l'enfant handicapé au milieu scolaire régulier.

14.3.11 Collaborer à des programmes de recherche et à des enquêtes épidémiologiques:

- utiliser la formule (F2093 08-77)
- inscrire les détails demandés
- conserver cette formule dans un fichier spécial pour référer rapidement au besoin.
- faire suivre cette formule avec le dossier médico-scolaire lors d'un changement d'école pour l'enfant.

15.0 PARTICULARITES: SCOLAIRE, SECONDAIRE ET CEGEP

15.1 Formation de l'infirmière scolaire

Pour que son travail soit efficace, il faut à l'infirmière en santé scolaire plus qu'un cours de base. Il s'agit pour elle d'avoir une optique d'éducatrice, une mentalité imprégnée de prévention. Il faut qu'elle soit convaincue de son but à atteindre afin de réussir à éveiller chez la collectivité scolaire une conscience de ses responsabilités en matière de santé.

Pour effectuer ce travail, l'infirmière doit avoir des connaissances en plusieurs domaines: psychologie - sociologie - pédagogie populaire - épidémiologie - nursing préventif - sexologie et contraception - toxicomanie - méthodes audio-visuelles - principes d'administration.

15.2 Fonctions de l'infirmière scolaire

15.2.1 Organisation

1) préparer un programme de dépistage en tenant compte des politiques établies.
2) établir le programme d'examens physiques pour des groupes d'étudiants déterminés et des groupes cibles.
3) organiser avec les services mandatés un programme de vaccination pour certains stagiaires.
4) contribuer à l'application de la "Politique de premiers soins en milieu scolaire" du département de Santé Communautaire de l'Hôpital Ste-Croix (annexe V).
5) déterminer un horaire si possible pour entrevues individuelles.

6) prévoir la participation aux réunions de l'équipe multidisciplinaire.

15.2.2 Education

1) organiser, en collaboration avec des personnes ressources, des programmes d'éducation sur l'alimentation, l'hygiène dentaire, les problèmes de peau, les maladies vénériennes, la sexualité, les conséquences positives et négatives du stress, la nécessité d'un bon conditionnement physique ou, tout autre programme d'éducation relatif à la santé, et en conformité avec les besoins des étudiants.

2) aider l'étudiant à découvrir les moyens simples qu'il peut utiliser pour soulager un malaise léger.

15.2.3 Information

1) rappeler aux personnes préposées les notions de premiers soins et de prévention d'accidents (annexe 5).

2) renseigner les étudiants sur les ressources communautaires disponibles pour le traitement ou l'aide financière selon le besoin.

3) renseigner sur l'hygiène corporelle, l'hygiène alimentaire, alimentation saine, régime équilibré, l'hygiène du repos et de l'activité, l'avantage des exercices physiques, des sports et des loisirs; l'hygiène dentaire en expliquant les techniques de brossage, l'utilisation de la soie dentaire; l'hygiène menstruelle, la sexualité et attitudes devant la sexualité, la planification des naissances, les maladies vénériennes, l'avortement, les infections génitales, l'examen gynécologique, les ressources du milieu; les toxicomanies: alcool, tabagisme, drogues à utilisation non médicale, la sécurité: auto-stop, motoneige, motocyclette, camping; l'hygiène de l'environnement, la pollution par le bruit (causes et effets: fatigue, agressivité, nervosité, pertes auditives).

4) en accord avec l'étudiant, trasmettre aux professionnels concernés (médecins, psychologues, travailleurs sociaux ou autres) les signes et les symptômes observés.

15.2.4 Animation

1) collaborer à la création d'un comité-santé ou de clubs pour les étudiants souffrant d'acné, d'obésité, de maladies chroniques et agir comme personne - ressource.

2) favoriser chez l'étudiant la verbalisation de ses inquiétudes de santé physique ou psychologique.

3) motiver l'étudiant à maintenir et améliorer sa santé par une approche individuelle ou de groupe.

4) encourager le diabétique, l'épileptique et tous ceux qui ont à vivre avec une maladie ou un handicap physique permanent en s'informant de leurs traitements et de leur fidélité à les suivre,et en leur procurant une information adéquate sur leur maladie ou leur handicap.

5) faciliter par une intervention directe auprès des professeurs l'intégration des étudiants handicapés.

15.2.5 Evaluation de soins de santé

1) recueillir les données pertinentes relatives à certains besoins de santé des étudiants:
   - besoins physiologiques
   - besoins psychologiques
   - besoins sociaux
   - obtenir les informations de l'étudiant, de la famille, des éducateurs ou des professionnels et des para-professionnels des services de santé et des services sociaux.

2) observer et noter les signes et les symptômes pathologiques (physiques et/ou psychologiques).

3) procéder à des examens physiques sommaires.

4) demander ou procéder aux tests de dépistage
   - acuité visuelle
   - acuité auditive
   - radiographie pulmonaire

- développement staturo-pondéral
- examen dentaire.

5) rédiger l'histoire nursing dans le dossier médico-scolaire.

6) noter les réactions de l'étudiant aux traitements et aux tests de dépistage.

7) vérifier le niveau de compréhension concernant les renseignements, les informations et les conseils donnés.

8) s'assurer de la surveillance médicale et dentaire pour les cas référés et les groupes spéciaux.

9) assurer la relance des programmes de santé élaborés.

15.3 Activités spécifiques au Secondaire

15.3.1 Secondaire I

- récupération du dossier médico-scolaire (annexe VI: procédure transfert des dossiers médico-scolaires).
- révision du contenu des dossiers de santé récupérés.
- relance des cas dépistés, non corrigés.
- test de l'acuité visuelle.

15.3.2 Groupes spéciaux d'étudiants: exigences spécifiques

1) - étudiants(es) auxilliaires infirmiers(es) (Procédure annexe VII).
Dossier santé comprenant:
1ère année:
- certificat médical
- certificat dentaire
- certificat visuel
- certificat vaccination.

2e année:
- certificat médical
- rappels de vaccins s'il y a lieu.

2) - étudiants en cuisine professionnelle et service de table; professeurs en cuisine professionnelle et service de table; personnel de cafétérias et cantines scolaires.
   - RX pulmonaire.

3) - groupes d'ateliers généraux:
   - tous les nouveaux venus, examen physique sommaire comprenant:
     - examen de la vue,
     - examen des oreilles avec otoscope, et audiogramme au besoin,
     - examen dentaire,
     - examen de la gorge,
     - propreté générale.

4) - étudiants en électro techniques - techniques policières - décoration - dessin industriel
   - test de l'acuité visuelle
   - test de la perception des couleurs (Ishihara).

15.3.3 A tous les niveaux

- examen physique pour les cas dépistés par l'infirmière ou référés par les professeurs.
- dépistage des maladies bucco-dentaires
- dépistage des cas d'obésité.

15.4 <u>Activités spécifiques au CEGEP</u>

15.4.1 Groupes spéciaux d'étudiants: exigences spécifiques

1) - étudiants(es) infirmiers(es) (Procédure annexe VII)

1ère année:
- certificat médical
- certificat dentaire
- certificat visuel
- certificat vaccination.

2e année:

- certificat médical
- certificat dentaire
- rappels de vaccins s'il y a lieu.

2) - étudiants dans l'impossibilité de suivre une session de cours d'éducation physique
- certificat médical

3) - étudiants absents d'un ou plusieurs cours d'éducation physique
- absence motivée par l'infirmière.

15.4.2 A tous les niveaux, lors de consultation en rapport avec ces problèmes

- dépistage visuel
- dépistage auditif
- dépistage des cas d'obésité.

15.5 Activités d'animation et d'éducation au Secondaire et C.E.G.E.P.

En tenant compte des problèmes identifiés dans leurs écoles respectives, l'infirmière a le choix des sujets d'animation et d'éducation et des méthodes d'approche.

15.6 Calendrier des activités de l'infirmière

15.6.1 Août

En collaboration avec l'infirmière-chef,

1) obtenir du département de Santé Communautaire:
le calendrier scolaire
la liste des écoles et la clientèle scolaire.

2) établir pour chacune des infirmières
- la distribution du territoire scolaire
- l'horaire en fonction des écoles à desservir

3) finaliser l'identification de projets d'animation et d'information (utiliser la formule F2068) et remettre les copies au supérieur immédiat.

4) participer à des journées ou semaines de formation si désignée.

Au niveau des écoles,

1) approvisionner en matériel les services de santé de chacune des écoles:
   - matériel de premiers soins
   - littérature
   - matériel biologique (vaccins) si nécessaire.

2) classifier les dossiers scolaires récupérés du primaire.

15.6.2 Septembre

1) participer à la journée d'accueil des professeurs et membres des services.

2) échanger lors des journées pédagogiques sur les sujets suivants:
   a) horaire du service de santé (heures et jours de présence).
   b) information des sujets d'animation et d'éducation projetés et assure la disponibilité.
   c) formules utilisées dans l'école.
   d) importance du rôle du professeur dans un programme de santé scolaire.
   e) politiques à suivre re:
      - maladies contagieuses
      - maladies parasitaires
      - premiers soins.
   f) utilisation des services infirmiers en matière de consultation pour matériel d'enseignement de la santé, matière à enseigner (film, littérature).

3) participer aux journées d'accueil des étudiants.

4) participer aux réunions de l'équipe des services aux étudiants.

5) obtenir la liste des étudiants de l'école.

6) établir, avec directeur ou directeur-adjoint, les périodes de cours favorables pour examens de la vue du Secondaire I.

7) organiser des trousses de premiers soins en certains endroits stratégiques:
   - gymnase
   - laboratoires
   - cuisine professionnelle
   - directeurs adjoints
   - agent de sécurité
   - ateliers.

8) vérifier et mettre à jour le dossier santé des étudiants(es) infirmiers(es) et auxilliaires infirmiers(es) s'il y a lieu.

9) obtenir l'attestation du RX pulmonaire des étudiants en cuisine professionnelle et service de table, des professeurs en cuisine professionnelle et service de table et du personnel de la cafétéria et/ou de la cantine scolaire.

   a) compiler les résultats
   b) relancer les cas retardataires.

15.6.3 Octobre à décembre

1) dépistage
   - procéder au dépistage des troubles visuels des étudiants du Secondaire I
   - procéder au dépistage des cas référés
   - noter les défauts constatés sur la formule à cette fin et la transmettre
   - demander le retour de la deuxième partie de la formule
   - inscrire les résultats sur le dossier santé ou le dossier maison.

2) animation
   - susciter la formation de "Comité Santé", "Club de volontaires" ou autres.

Mettre en marche les projets d'animation et d'éducation prévus.

15.6.4 Décembre

1) faire le bilan du premier semestre
2) rajuster les projets s'il y a lieu.

15.6.5 Janvier à juin

Continuer le travail amorcé durant la première période de l'année.

15.6.6 Mai

1) selon les écoles:
   - obtenir la liste des étudiants acceptés en techniques infirmiers(es) et auxilliaires infirmiers(es).
   - faire parvenir le "dossier santé"qui doit être complété durant les vacances.
   - planifier le programme de vaccination.
   - commencer les séances de vaccination.
2) pour les techniques infirmiers(es) 2e année et les auxilliaires infirmiers(es) 2e année.
   - faire parvenir le "dossier santé" qui doit être complété durant les vacances.

15.6.7 Juin

1) évaluer les projets d'éducation et d'animation réalisés durant l'année (utiliser la formule F2066).
2) élaborer les nouveaux objectifs spécifiques à chacune des écoles.
3) identifier et commencer la préparation des nouveaux projets d'éducation et d'animation pour l'année à venir.
   - obtenir la collaboration des professeurs concernés.
4) tenir la 2e clinique de vaccination.
5) faire l'inventaire du matériel de premiers soins et du matériel d'information.
6) préparer les réquisitions.

16.0 TECHNIQUES DE DEPISTAGE

16.1 Le dépistage des troubles visuels

16.1.1 La clientèle visée:

a) les étudiants du secondaire I.

b) les étudiants référés.

c) les étudiants qui consultent pour troubles visuels.

d) les nouveaux venus dans les classes spéciales ou de récupération.

e) les étudiants en électro techniques - techniques policières - décoration - dessin industriel - infirmiers(es) et auxilliaires.

16.1.2 Les tests suivants ont été retenus pour l'examen visuel

- acuité visuelle (carte Snellen ou appareil Ortho Rater)
  - clientèle: a) b) c) d) e)
- test Ishiara
  - clientèle: e)

16.1.3 Référence et suivi:

- cf. page 40, 10.1.4

16.1.4 Techniques des tests utilisés

16.1.4.1 - acuité visuelle

- cf. page 35, et suivantes.

16.1.4.2 Appareil Ortho-Rater): Comment l'utiliser?

L'Ortho-Rater se transporte au moyen de poignées installées à chaque extrémité. Le devant de l'instrument fait face au sujet, les côtés droit et gauche sont situés à sa droite et à sa gauche. La base de l'Ortho-Rater doit être installée au bord d'une table.

L'Ortho-Rater "MAITRE"

L'Ortho-Rater Maitre peut être ajusté, quant à la hauteur de l'oeil, en levant ou en baissant la poignée à l'arrière. Sur l'Ortho-Rater Maitre, le frein à levier à droite peut être resserré afin de prévenir tout changement dans l'élévation mais il est habituellement serré juste assez pour permettre un changement d'élévation sur simple pression de la main.

L'ortho-Rater "MODIFIE"

Les Ortho-Rater Modifiés ne peuvent être ajustés à la hauteur de l'oeil mais l'expérience a démontré que le sujet peut être placé en position confortable devant l'instrument. Les écoliers préfèrent souvent se tenir debout pour ces tests.

VIGNETTES POUR LES TESTS

Les vignettes "de loin" sont pivotées dans le grand tambour au moyen de la manette "F" (pour FAR en huit positions différentes). Les vignettes "de près" sont dans le petit tambour, activées au moyen de la manette "N" (pour Near). Un frein à ressort maintient avec précision chaque tambour dans n'importe laquelle des positions numérotées. A chaque arrêt, une vignette différente est amenée dans l'alignement optique des lentilles de l'instrument. La vignette "de loin" est en position à un angle légèrement incliné vers le bas, la vignette "de près" à un angle plus prononcé par rapport aux yeux. Chaque vignette est actionnée à la main (voir page 85 et suivantes pour la liste des tests). Les vignettes de distance sont arrangées en séquence de F.1 à F.7 dans le compartiment des vignettes avec F.1 à l'extrême gauche de l'opérateur, la vignette N.5 étant la dernière à gauche. Lorsque les vignettes sont en position et insérées soigneusement et fermement, chacune allumera automatiquement l'objectif. Ceci empêche le sujet de voir la vignette avant sa mise en place, éliminant par le fait même les réactions indésirables du sujet qui verrait les vignettes pendant qu'elles sont en mouvement et hors de position. La position naturelle de vision est

* texte tiré du "Manuel de Pratique Courante"... offert avec l'appareil Ortho-Rater.

tambour est muni d'une lumière, toutes deux actionnées par un commutateur à droite à la base de l'instrument. Une petite fenêtre rouge dans le côté de l'instrument démontre si les lumières sont allumées.

maintenue, étant donné que la ligne de vision du sujet est dirigée par les lentilles supérieures pour les épreuves "de loin" et par les lentilles inférieures pour les épreuves "de près".

SYSTEME OPTIQUE

A part deux exceptions, le système optique de l'Ortho-Rater Maitre est identique à celui de l'Ortho-Rater Modifié.

Le système optique de l'Ortho-Rater Modifié est identique à celui de l'Ortho-Rater Maitre à l'exception de:

1. Le système lenticulaire est divisé en deux parties, une paire pour les vignettes de la vision éloignée et l'autre pour celles de la vision rapprochée.
2. La distance entre les lentilles est plus étroite que dans l'Ortho-Rater Maitre, ce qui permet l'examen d'enfants dont la distance pupillaire est très étroite.

ITEM DE CONSTRUCTION MECANIQUE

La boite de vision contenant les lentilles, les orifices et l'obturateur, s'élève et s'abaisse au moyen de la bouche en dessous. Un ressort et des butoirs la placent en position dans un alignement optique avec les vignettes de chaque tambour.

Aucun ajustement mécanique n'est nécessaire sur l'Ortho-Rater Modifié pour les épreuves de loin et de près. Le sujet est tout simplement requis d'employer la paire de lentilles supérieures pour les épreuves de loin et celles du bas pour les épreuves de près. Le Bouton de contrôle

Le changement d'une position à l'autre peut être effectué sans que le patient remue la tête. A l'intérieur de la boite de vision, une cloison peut être disposée d'un côté ou de l'autre pour bloquer la vue de l'un ou de l'autre oeil. On l'appelle l'obturateur. Il est actionné au moyen du levier en oreille sous la boite. Normalement, l'obturateur (et le levier) sont en ligne longitudinale avec l'instrument.

de l'Obturateur sur le dessus des instruments, près de l'oculaire, peut être tourné de façon à obturer l'un ou l'autre oeil. De la sorte, au moyen de l'Ortho-Rater Modifié, les tests peuvent être donnés monoculairement ou stéréoscopiquement. Dans l'Ortho-Rater Modifié, la lunette d'essai peut être insérée en la tenant à angle droit avec la plaque de lentilles et avec la barre frontale vers l'instrument. Pressez la barre dans les crochets, avec la barre d'ajustement de la distance pupillaire de l'oeil droit serrée contre le butoir du crochet, de façon à centrer les cellules latéralement. Le cadre entier est, dès lors, basculé vers le bas en position devant les lentilles de l'instrument. La lunette d'essai est centrée lorsqu'elle est au niveau du frein à droite du crochet.

ENTRETIEN DE L'INSTRUMENT

Lorsque l'instrument n'est pas en usage, il doit être recouvert de la housse transparente. Les vignettes peuvent être enlevées, et remplacées quand le besoin s'en fait sentir et lorsqu'elles sont bien fixées en place, elles sont en alignement optique. En levant le couvercle de l'instrument on accède aux vignettes dans le tambour pour la vision éloignée. Les vignettes

Lorsque la lumière vacille ou brûle, elle peut être remplacée en enlevant la partie supérieure de l'instrument de sa base. Enlevez les deux boulons à oreille aux bouts extrêmes du compartiment d'emmagasinage. Soulevez l'instrument complet de la base et tournez-le de côté pour mettre les ampoules à découvert. Ces ampoules doivent occasionnellement être époussetées. Le côté externe des lentilles de vision peut être nettoyé avec un coton à lunettes ou un

du tambour pour la vision rapprochée peuvent être rejointes en baissant la manette, ce qui libère le mouvement vers le bas de la la boite de vision. Vous amenez alors la boite inférieure au second arrêt prévu à cet effet. L'une ou l'autre des ampoules électriques peut être enlevée facilement en tournant légèrement l'assemblage au complet et en la retirant. Les ampoules doivent occasionnellement être enlevées et époussetées. Les lentilles doivent être nettoyées à l'intérieur comme à l'extérieur avec un linge doux. L'appui-tête peut être penché pour le tenir plus haut si désiré. Pour ce faire, vous n'avez qu'à desserrer les vis aux bouts de la barre qui tient l'appuie-tête.

tissu de papier ou une faible solution d'eau et de savon. La surface interne des lentilles ne devrait pas avoir à être nettoyée, si la housse est employée. Une surface vitreuse est appliquée au côté émulsionné des vignettes pour qu'elles puissent être époussetées ou nettoyées avec un linge humide.

Description des tests

Les tests de vision incorporés dans cette série sont ceux qui s'adaptent le mieux aux écoles, et aux autres endroits où l'on doit examiner un grand nombre de gens.

Chaque test représente un aspect de la performance visuelle ou de l'habileté visuelle. Aucun de ces tests ne peut servir pour réfraction ou diagnostic. Les diverses classifications qui sont possibles avec chacun de ces tests sont uniformément indiquées par une série de simples numéros que nous appelons "scores". Des normes ont été établies d'après les scores obtenus dans ces tests, plutôt qu'en terme des tests de clinique équivalents. Les

tests "de loin" sont l'équivalent optique de 26 pieds. Les tests dans le tambour "de près" sont à un angle descendant et l'équivalent optique de 13 pouces des lentilles de l'instrument (approximativement 14 pouces du premier point nodal des yeux.).

Acuité

L'acuité est une mesure du plus petit détail perceptible en blanc et noir à une distance déterminée. On teste et enregistre l'acuité pour les deux yeux, l'oeil droit et l'oeil gauche, sans fermer ou obturer l'oeil non sous examen, au moyen de champs de vision séparés mais fusibles pour les deux yeux. Un obturateur est incorporé dans l'instrument pour tester l'acuité de l'oeil droit ou de l'oeil gauche en obturant un des yeux à volonté. Les trois vignettes pour les tests d'acuité rapprochée sont l'équivalent optique des trois vignettes pour l'acuité éloignée. Ces tests classifient minutieusement les sujets aux niveaux haut et bas d'acuité. On peut s'attendre à des classifications approximativement normales sur tous ces tests d'acuité.

Phorie

Les mesures de phorie indiquent les angles latéraux et verticaux entre les axes visuels des deux yeux quand ils n'ont pas à coincider sur un simple point fixe mais avec les yeux convergeant à une distance spécifique. Les tests sont pris aux distances optiques de 26 pieds et de 13 pouces. On peut s'attendre à des distributions approximativement normales dans ces deux tests.

Posture pour les tests

Le sujet s'assied devant l'instrument et rapproche sa chaise pour être confortable. L'opérateur ajuste la hauteur de l'instrument et le sujet appuie le front sur l'appuie-tête. (Parce que le sujet est porté à placer les yeux trop bas, l'opérateur doit s'assurer que l'instrument n'est pas trop haut). Le sujet doit être confortable et détendu. Dans la position correcte, le sujet regarde par le centre des lentilles rapprochées de l'Ortho-Rater et par la partie inférieure ou segment de la lecture de ses verres s'il en porte. La ligne centrale de vision pour les tests de

distance n'est pas parallèle avec le haut de l'instrument mais a un angle légèrement incliné vers le bas, directement en ligne avec les vignettes pour les tests de loin. Les yeux du sujet devraient être centrés sur cette ligne. Pour les tests de près, la ligne centrale de vision est en ligne avec les vignettes "de près".

Sujets portant des verres

Les étudiants subissent l'examen avec les verres qu'ils portent au travail. S'ils portent des verres constamment au travail, ils les gardent pour les tests de près et de loin. S'ils ne les portent que pour les travaux rapprochés, ils ne les garderont que pour les tests "de près". Les sujets portant des verres à double ou à triple foyers doivent voir les vignettes de distance par le portion supérieure "ou de distance" de leurs verres et les tests "de près" par la portion inférieure ou de lecture. Pour les besoins du dossier médico-légal les tests d'acuité et les tests de l'oeil gauche et de l'oeil droit "de loin" doivent ensuite être pris sans verres, après qhe les autres tests ont été passés. (voir instructions spécifiques re: Dossier Médico-Légal et la Note en page 35 du texte original du Manuel De Pratique courante...).

Questions et scores

Test F-2 (Phorie Latérale)

Question-Type: "Vers quel numéro pointe la flèche"?

Si le sujet dit qu'elle ne pointe vers aucun chiffre ou mentionne qu'elle se trouve entre deux chiffres, l'opérateur dit: "De quel chiffre est-elle la plus rapprochée"? Si le sujet dit que la flèche est mobile, l'opérateur demande: "A quel chiffre croyez-vous qu'elle va s'arrêter"? Si le sujet ne répond pas correctement, comme dans le test précédent, l'opérateur dit: "Voyez-vous une flèche et des chiffres"? Si le sujet dit "non" on omet ce test.

Score: Le chiffre (1 à 15) que mentionne le sujet. Le défaut de compléter ce test est marqué X (pas de score). Note: Si la flèche "Pointe au second point" vérifier si elle est sous le chiffre 2 ou à gauche du chiffre 1. Le score est de 1 si la flèche est à gauche de 1; le score est de 15 si la flèche est à la droite de 15.

Scores obturés

Les scores d'acuité pris stéréoscopiquement souvent varient considérablement avec ceux pris sous obturation. La cause de cette suppression psychologique de vision sous les conditions stéréoscopiques de tests est classifiée sous le terme général de Imbalances Binoculaires. Un nombre sans cesse grandissant de professionnels est d'opinion que la différence entre les scores obtenus avec l'obturateur et ceux obtenus sans l'obturateur a une signification clinique et dénote souvent des conditions telles que l'anisométropie. La Pratique Courante a été écrite de manière à se conformer à une procédure de comparaison des scores d'acuité visuelle stéréoscopique du sujet aux standards d'emplois. Dans ces cas où le score de l'un ou l'autre oeil est obturé et le score sous obturation est enregistré en soulignant le chiffre approprié sur la carte (voir Appendice F).

Pour un score de (5) ou moins obtenu pour l'oeil gauche ou le droit, déterminez le score avec obturateur. Ceci s'applique aux tests F-4, F-5, N-2, N-3.

Note: Pour les fins médico-légales, les tests doivent toujours être pris avec l'obturateur et sans aide visuelle.

Test F-3 (acuité - les deux yeux)

Questions-types: "Dans le grand dessin en haut, le carré no. 1, voyez-vous un damier à votre droite?" dans le 2e carré où se trouve-t-il? Dans le 3e? Le 4e? Le 5e? etc.

Le sujet emploiera ses propres termes pour indiquer la position du damier et n'a pas à être instruit des termes courants:

HAUT	BAS
Le Haut	Le Bas
En Haut	En Bas
Au-dessus	Au-dessous
Centre - au-dessus	Centre - au-dessous
Midi	6 heures
Nord	Sud
2e but	Le marbre (home plate)

GAUCHE	DROITE
Côté	Côté
Centre - gauche	Centre - droit
9 heures	3 heures
Ouest	Est
3e but	1er but

Il arrive que le sujet interchange continuellement droite et gauche mais donne correctement le haut et le bas; cette désorientation peut apparaître, disparaître ou réapparaître à n'importe quel moment du test. Quand cette confusion se produit, l'opérateur vérifie la dernière réponse "gauche" ou "droite": "dans le no. ( ), est-ce de ce côté-ci (touchant le bras ou la main gauche du sujet) ou de l'autre?" Si un sujet répond aux nos. 4 à 7 inversement, il a négligé de suivre la séquence numérique et doit être ré-orienté en commençant au no. 4. L'opérateur cesse le test quand le sujet a répondu incorrectement ou pas du tout à deux questions de suite. S'il n'a commis qu'une erreur suivie de une ou plusieurs réponses correctes, l'opérateur répète ce test, en commençant par le dernier item avant la première erreur. "Retournons au no. ( ) où est le damier"? etc...

Score: (0-15) le plus haut chiffre précédant deux erreurs consécutives. Si le sujet manque un item et qu'il identifie correctement le suivant, continuez le test jusqu'à ce que le sujet refuse ou qu'il commette deux erreurs consécutives. Retournez alors à l'item précédant l'erreur originale et recommencez. Si l'erreur est corrigée, continuez jusqu'à deux erreurs consécutives. Prenez le plus haut des deux scores. Si l'erreur demeure, le score enregistré est le chiffre précédant immédiatement l'erreur originale. Les exemples suivants aideront à clarifier cette procédure:

1- Le sujet donne toutes les réponses correctes jusqu'à 8 et refuse alors de continuer ou manque les numéros 9 et 10. Le score enregistré est 8.

2- Le sujet donne toutes les réponses correctement juqu'à 8, manque le no. 9 donne correctement les numéros 10 et 11 et refuse ou manque aux nos 12 et 14. On reprend le test à 8. Si (a) il a raison à 8 et manque le 9, le score est 8; (b) il manque 8 et 9 et le score enregistré est 8; (c) il a raison sur 8,9 et 10 et manque à 11, le score enregistré est 11 (le plus haut score des deux tests).

Test F-4 (Acuité - droite)

L'opérateur commence le test plusieurs numéros en arrière du score final du test précédant, préférablement aux nos 1, 4 ou 8.

Question-type: "En commençant au no. ( ) où est le damier? Etc. Si le sujet ne peut répondre: "En retournant au no. 1 où se trouve le damier?" Quand le sujet hésite finalement à un niveau quelconque l'opérateur peut alors dire: "Dites-nous où il se trouve lorsqu'il apparaît.

Score: (0-15) comme précité

Test F-5 (Acuité - gauche)

Comme F-4
Score: (0-15) comme précité.

Test de près (13 pouces)

Les trois vignettes pour les tests d'acuité rapprochée étant l'équivalent optique des trois vignettes pour l'acuité éloignée, il suffit de suivre la méthode ci-haut décrite de l'acuité éloignée.

Standard de performance visuelle

Actuellement, nous utilisons l'appareil Ortho-Rater pour les étudiants du scondaire; pour cette raison nous nous référons seulement au standard suivant:

Standard 7 - Santé de Base

Ce standard fut développé en collaboration avec des spécialistes en médecine et en optométrie. Il est destiné à choisir les individus qui tombent sous la définition de clinique "vision sérieurement amoindrie". L'opinion est que les ouvriers dont les scores ne rencontrent pas ce standard devraient recevoir des soins professionnels, quelles que soient les demandes de leur emploi, seulement au point de vue de sa santé en général. Nous recommandons qu'une attention toute spéciale soit portée à ces ouvriers ou étudiants dont le score est inférieur à cette norme.

FRINCIPAUX DEFAUTS DE L'OEIL

Hypermétropie

Le globe oculaire est plus court que normalement et les rayons lumineux parallèles de la lumière vont convergés au-delà de la rétine.

L'oeil hypermétrope ne voit nettement que des objets éloignés.

Le système d'accomodation de l'oeil peut partiellement compenser pour le défaut, mais l'effort musculaire prolongé est fatiguant et peut causer des céphalées et une vision embrouillée. Dans le temps, la convergence prolongée des axes visuels associée à l'effort d'accomodation peuvent éventuellement conduire à la loucherie, ou strabisme.

Une lentille biconvexe corrige le défaut par l'augmentation du pouvoir de réfraction de la lentille cristallinie.

Myopie

Le globe oculaire est trop long et les rayons lumineux parallèles convergent en avant de la rétine (l'image se forme en avant de la rétine).

L'oeil myope ne voit nettement que les objets rapprochés.

Le port de verres biconcaves permet aux rayons lumineux de diverger légèrement avant de frapper l'oeil. Ainsi le point de convergence ou foyer est ramené sur la rétine.

Presbytie

Avec l'âge, la substance lenticulaire se durcit. Il en résulte un décroissement progressif du degré auquel la courbure de la lentille peut être augmentée.

L'image ne peut être ramenée sur la rétine.

L'Astigmatisme

L'astigmatisme est habituellement une condition dans laquelle la courbure de la cornée n'est pas uniforme.

Lorsque la courbure dans un méridien est différente de celle des autres, les rayons lumineux dans ce méridien sont réfléchis en un foyer différent de sorte que cette partie de l'image rétinienne est embrouillée. Un défaut semblable peut se produire si la lentille est "désenlignée" ou si la courbure de la lentille n'est pas uniforme mais ces conditions sont rares.

L'astigmatisme peut ordinairement être corrigé avec des lentilles cylindriques placées d'une telle façon qu'elles équilibrent la réfraction dans tous les méridiens.

Emmetropie

Qualité d'un oeil humain qui a une vue normale.

16.1.4.3 Test Ishihara

Vision des couleurs

Description:

La vision des couleurs nous est fournie par la présence de trois types de cellules visuelles (photorécepteurs) de la rétine de l'oeil. Ces trois pigments ou photorécepteurs sont: le cyanolabe (capte le bleu), le chlorolabe (capte le vert) et l'érythrolabe (capte le rouge). Si l'un de ces types de cellules est absent ou fonctionne mal, il s'ensuit une déficience dans la vision des couleurs. Cette déficience est d'autant plus marquée qu'il y a de cellules affectées.

Déficiences de la vision des couleurs

On désigne n'importe quelle anomalie de la vision des couleurs du mot daltonisme, de Dalton, qui le premier, en 1794, décrivit cette infirmité. Il est certainement plus précis de parler de déficience de la vision des couleurs ou de cécité pour les couleurs (achromatopsie). On ne rencontre pas plus de 1 à 3 personnes sur 1000 qui souffrent d'achromatopsie. Ces personnes voient le monde en noir, blanc et gris. Pour elles, les verts, les rouges, les bleus se différencient seulement par le fait qu'une couleur est peut-être plus brillante que l'autre. Si un bleu et un rouge sont de même brillance, ils leur apparaîtront identiques. Par contre, les déficiences de la vision des couleurs se rencontrent chez 7 à 8 hommes sur 100. Les femmes en

sont très peu affectées, à peine 1 sur 100. Ces déficiences sont transmises selon les lois de l'hérédité. Il n'y a pas de guérison possible jusqu'à présent. Nous parlerons maintenant des différentes déficiences de la vision des couleurs qui peuvent se présenter à des degrés plus ou moins marqués.

Classification des déficiences

1- Trichromates anormaux

On entend par trichromate anormal, un sujet possédant les trois types de pigments nécessaires à la vision des couleurs mais dont un des pigments est déficient ou présente un fonctionnement anormal.

a) Les Protanomaux (1%)

Déficience ou fonctionnement anormal du pigment rouge.

b) Les Deutéranomaux (4.6%)

Déficience ou fonctionnement anormal du pigment vert.

c) Les Tritanomaux (0.0001%)

Déficience ou fonctionnement anormal du pigment bleu.

2- Dichromates

On entend par dichromate un sujet ne possédant que deux types de pigments visuels. Le pigment manquant du photorécepteur est généralement remplacé de façon équilibrée par les deux autres pigments.

a) Protanopes (1.2%)

Absence complète du pigment rouge. Les protanopes possèdent donc deux types de pigments: le vert et le bleu.

b) Deutéranopes (1.4%)

Absence complète du pigment vert. Les deutéranopes possèdent deux types de pigments: le rouges et le bleu.

c) Tritanopes (0.0001%)

Absence complète du pigment bleu. Les tritanopes possèdent deux types de pigments: le rouges et le vert.

3- Monochromates (Achromatopsie) (0.003%)

On entend par monochromate un sujet ne possédant aucun des trois types de pigments nécessaires à la vision des couleurs. Ces personnes présentent une cécité complète pour les couleurs (achromatopsie). Ils voient le monde en noir, blanc et gris.

Causes

1) L'hérédité. (Dans 99% des cas).
2) Déficience acquise. (1% des cas)

Il peut y avoir des déficiences de la vision des couleurs qui sont acquises mais peu fréquentes. Ces déficiences sont des conséquences d'autres affections oculaires (telles que le glaucome, la dégénérescence pigmentaire de la rétine, les inflammations de la rétine) ou

bien de maladies nerveuses (telles que les tumeurs du cerveau, l'intoxication par le tabac, l'alcool, les drogues). Dans ces cas, il faut traiter la cause de la déficience de la vision des couleurs, et ainsi rétablir la vision des couleurs, on pourra affirmer qu'il y a une maladie ou affection sous-jacente.

Conséquences d'une déficience de la vision des couleurs

Certaines carrières exigent une parfaite vision des couleurs. Même si un postulant obtient sans un examen de la vue un poste où les couleurs sont importantes, il risque d'avoir des problèmes sérieux qu'on attribuera peut-être à d'autres raisons.

Les métiers dans lesquels la vision des couleurs joue un rôle important sont nombreux: les pilotes, les pompiers, les chauffeurs, les artistes, ainsi que ceux qui occupent certains postes dans les forces armées, la marine, l'industrie textile, chimique, électronique, etc. Bien sûr, une personne peut être déficiente et pourtant très bien réussir dans un travail donné. Cela dépend de la tâche, de la discrimination requise, etc.; aussi, la personne peut être déficiente dans d'autres couleurs que celles qu'elle doit utiliser dans son travail. Par exemple, une personne qui a du mal à voir le rouge et le

vert peut très bien différencier les diverses teintes de couleur marron du café.

L'importance d'une bonne vision des couleurs va sans cesse en grandissant. Malheureusement, on n'a encore trouvé aucun moyen de remédier aux déficiences de la vision des couleurs.

Explications des déficiences de la vision des couleurs

1) Chez le protanope, l'étendue visible du spectre est plus courte à la fin du rouge comparativement avec le type normal, et la partie du spectre qui apparaît normalement comme bleu-vert semblera au protanope grise. L'étendue visible du spectre chez le protanope consiste en deux zones qui sont séparées l'une de l'autre par cette partie grise. Le rouge qui est la couleur complémentaire du bleu-vert, semblera grise.

2) Chez le deutéranope, la partie du spectre qui apparaît normalement verte, semblera grise. L'étendue du spectre n'est pas contractée comme chez le protanope. Le rouge pourpre qui est la couleur complémentaire du vert apparaîtra grise.

3) Chez le protanomal et le deutéranomal, il n'y a aucune partie du spectre qui semble grise, mais la partie du spectre qui semble grise pour le protanope et le deutéranope apparaîtra d'une couleur indistincte pour le protanomal et le deutéranomal. Ainsi le protanomal captera le rouge et le bleu-vert mais ne pourra faire la distinction entre les différentes nuances de rouge et sa couleur complémentaire le bleu-vert. Il en est de même pour le deutéranomal.

   Conséquemment,une des particularités des déficiences du rouge-vert est que les couleurs bleu et jaune apparaîtront remarquablement claires comparativement au rouge et vert.

4) Chez le tritanope, le bleu et sa couleur complémentaire le jaune sembleront grises. Chez le tritanomal, le bleu et le jaune ne seront pas gris mais indistincts. Ces deux cas sont excessivement rares et ne peuvent être dépistés par le test d'Ishihara.

Comment utiliser le test Ishihara

Les illustrations doivent être présentées dans une pièce bien éclairée par la lumière du jour. L'utilisation de la lumière solaire directe ou de la lumière artificielle peut produire une contradiction dans les résultats à cause d'une altération dans l'apparence des teintes des couleurs. Quand l'utilisation d'une lumière électrique est nécessaire, celle-ci devrait être ajustée

TEST D'ISHIHARA

Numéro de la plaque	sujet normal	sujet ayant une déficience du rouge-vert				déficience complète des couleurs
1	12	12				12
2	8	3				X
3	6	5				X
4	29	70				X
5	57	35				X
6	5	2				X
7	3	5				X
8	15	17				X
9	74	21				X
10	2	X				X
11	6	X				X
12	97	X				X
13	45	X				X
14	5	X				X
15	7	X				X
16	16	X				X
17	73	X				X
18	X	5				X
19	X	2				X
20	X	45				X
21	X	73				X
		protanope	protanomal	deutéranope	deutéranomal	
22	26	6	(2) 6	2	2 (6)	
23	42	2	(4) 2	4	4 (2)	
24	35	5	(3) 5	3	3 (5)	
25	96	6	(9) 6	9	9 (6)	

La marque X signifie que la plaque ne peut être lue. Les espaces libres dénotent une lecture imprécise. Les nombres entre parenthèses signifient qu'ils peuvent être lus mais beaucoup plus difficilement que le chiffre associé.

aussi loin que possible pour donner l'effet de la lumière du jour.

On doit placer les illustrations à 75 cm du sujet et les tenir droites bien alignées au niveau des yeux. La position correcte de chacune des plaques est indiquée par le numéro imprimé à l'arrière.

Les nombres qui sont vus sur les plaques 1 à 25 sont notés et chaque réponse devrait être donnée dans l'espace de trois secondes au moins. Si le sujet est incapable de lire les nombres, on utilise les plaques 26 à 38 et on fait le tracé des lignes joignant les 2 xx. Chaque tracé devrait se faire à l'intérieur de 10 secondes.

Il n'est pas nécessaire dans tous les cas d'utiliser la série complète de plaques. Les plaques 22, 23, 24 et 25 peuvent être omises, si le test est destiné principalement à séparer les déficients en couleurs de ceux qui ont une appréciation normale des couleurs . Dans le cas d'un examen de masse, le test peut être réduit à l'examen de 6 plaques seulement: no. 1, une des numéros 2,3,4,5, une des numéros 6,7,8,9, une des numéros 10,11,12,13, une des numéros 14,15,16,17 et une des numéros 18, 19, 20, 21.

Il peut être nécessaire parfois de varier l'ordre des plaques si on soupçonne que le sujet essaie délibérément de fausser le test.

Analyse des résultats

L'étude des résultats des plaques 1 à 21 détermine la normalité ou l'imperfection de la vision des couleurs. Si 17 plaques ou plus sont lues correctement, la vision des couleurs est considérée normale. Si seulement 13

plaques ou moins sont lues correctement, la vision des couleurs est considérée déficiente.

D'autre part, en ce qui concerne les plaques 18, 19, 20 et 21, seulement ceux qui lisent les nombres 5, 2, 45 et 73 et, les lisent plus facilement que les nombres des plaques 14, 10, 13, et 17 sont considérés anormaux.

Il est rare de trouver une personne dont les réponses normales sont entre 14-16 plaques. Dans ce cas, cette personne devrait subir d'autres tests de vision des couleurs, incluant l'anomaloscope.

Dans l'étude de l'appréciation des couleurs par la méthode abrégée utilisant 6 plaques seulement tel que décrit en page 4, un résultat normal de toutes les plaques est la preuve d'une vision normale des couleurs. S'il y a un doute dans n'importe lequel des résultats, la série complète de plaques devrait être utilisée avant de diagnostiquer une déficience "rouge-vert".

Soin des plaques

Il est important de garder le livre fermé entre les usages, parce que l'exposition au soleil cause une flétrissure des couleurs des plaques.

plaques ou moins sont lues correctement, la vision des couleurs est considérée déficiente.

D'autre part, en ce qui concerne les plaques 18, 19, 20 et 21, seulement ceux qui lisent les nombres 5, 2, 45 et 73 et, les lisent plus facilement que les nombres des plaques 14, 10, 13, et 17 sont considérés anormaux.

Il est rare de trouver une personne dont les réponses normales sont entre 14-16 plaques. Dans ce cas, cette personne devrait subir d'autres tests de vision des couleurs, incluant l'anomaloscope.

Dans l'étude de l'appréciation des couleurs par la méthode abrégée utilisant 6 plaques seulement tel que décrit en page 4, un résultat normal de toutes les plaques est la preuve d'une vision normale des couleurs. S'il y a un doute dans n'importe lequel des résultats, la série complète de plaques devrait être utilisée avant de diagnostiquer une déficience "rouge-vert".

Soin des plaques

Il est important de garder le livre fermé entre les usages, parce que l'exposition au soleil cause une flétrissure des couleurs des plaques.

17.0 BIBLIOGRAPHIE

Liste des livres et documents disponibles au D.S.C.

HYGIENE SCOLAIRE

(1) "Conférence Nationale sur l'hygiène en milieu scolaire" Oct. 1972.

Notice bibliographique de textes choisis parmi les études et rapports canadiens touchant le programme d'hygiène en milieu scolaire.

Préparation et compilation par Glynnis C. Taylor
coordonnatrice,
bureau de Documentation

(2) "Santé Scolaire"

Document de travail préparé par le Comité had hoc des infirmières et infirmiers en santé scolaire.

L'Association des Infirmières et Infirmiers de la Province de Québec.

(3) "Le nursing en santé communautaire"

Mémoire présenté au Ministère des Affaires sociales par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers de la Province de Québec.

HYGIENE ALIMENTAIRE

(1) Anonyme. Nutrition for athletes: A handbook for coaches. 4e édition, American Alliance for Health Physical Education and Recreation, Washington, 1977.

(2) Anonyme. Valeur nutritive de quelques aliments usuels. Santé et Bien-Etre social Canada.

(3) "Documentation sur l'hygiène alimentaire pour les infirmières hygiénistes"

Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre Social, Canada

(4) "Enquête alimentaire en milieu scolaire au Québec"

(niveau secondaire)
Ministère des Affaires Sociales, Québec, 1972

(5) Gauvin, Jocelyne. Bien manger à bon compte, Editions Quinze, Montréal, 1976.

(6) Lambert-Lagacé, Louise. La diététique dans la vie quotidienne. Les Editions de l'Homme Ltée, Ottawa, 1973.

(7) Lambert-Lagacé, Louise. La boite à lunch. Les Editions de l'Homme Ltée, Ottawa, 1973.

(8) Lambert-Lagacé, Louise. Menu de santé. Les Editions de l'Homme Ltée, Ottawa, 1978.

(9) M.A.S. Une politique québécoise en matière de nutrition, Mai, 1977.

(10) "Nutrition en milieu scolaire"

Ministère des Affaires Sociales, Québec.

(11) Santé et Bien-Etre social Canada. Nutrition Canada: Rapport sur les habitudes alimentaires.

(12) Santé et Bien-Etre social Canada. Le manuel du Guide Alimentaire Canadien.

HYGIENE SEXUELLE

(1) "Encyclopédie de la sexualité"

Sous la direction de R. Volcher, professeur à l'Université de Louvain, Editions Universitaires, Paris

(2) "Syphillis et blennorragie"

Publication du Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre Social, Ottawa.

(3) "Régulation des naissances"

Le rôle de l'infirmière, Miriam Manisoff, R.N.

(4) "Sexualité et Education familiale

Dr S. R. Laycock

HYGIENE DENTAIRE

(1) "Manuel d'hygiène dentaire"

DROGUES ET TOXICOMANIES

(1) "Drogues et toxicomanies"

Dr André Boudreau

(2) "Phénomène Drogue"

Dossier à l'usage des éducateurs. Publication de l'OPTAT

(3) "Rapport de la Commission d'enquête sur le commerce des boissons alcooliques"

Gouvernement du Québec

(4) "Guide des Parents sur l'abus des drogues"

Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être Social, Ottawa.

(5) "Si votre enfant se droguait"

Traduction et adaptation: Elsie Saumière.
Editions Novalis

HYGIENE MENTALE

(1) "La prévention dans le domaine de la santé mentale"

Comité de la santé mentale du Québec, Ministère des Affaires Sociales, sept. 1973.

PSYCHOLOGIE

(1) "Les adolescents"

Peter Blos, Editions Stock

(2) "400 difficultés et problèmes chez l'enfant"

Dr Alain Rideau

EPIDEMIOLOGIE

(1) "Prophylaxie des maladies transmissibles à l'homme"

Rapport officiel de l'Association américaine de santé publique, 1965.

(2) "Tuberculose: visage d'hier et d'aujourd'hui"

Association Canadienne contre la tuberculose et maladies respiratoires.

(3) "Recueil de renseignements pratiques sur les maladies infectieuses"

M.A.S., Service des maladies infectieuses, sept. 1975.

PREMIERS SOINS

(1) "Principes de secourisme"

Ambulance St-Jean

(2) "Secourisme"

Société Canadienne de la Croix-Rouge

AUTRES

(1) "Nouvelle Perspective de la Santé des Canadiens"

Un document de travail - avril 1974, Marc Lalonde, Ministre de la Santé Nationale et du Bien-Etre social.

(2) "Le développement du langage - Guide Pratique"

David M. Roulin, M. A. orthophonie en collaboration avec le C.H.U.L.

Annexe I

PROGRAMME DE NUTRITION POUR LES OBESES

OBJECTIF

Favoriser, de façon plus soutenue, la mise en application de saines habitudes alimentaires chez un groupe particulier de la population étudiante c'est-à-dire les obèses.

CIBLE	PLAN D'ACTION
Les obèses (6-18 ans) Grâce à l'Enquête Nutrition Canada, on a pu déceler les principaux problèmes nutritionnels propres à la population actuelle. L'obésité est sûrement un des problèmes les plus aigus. C'est ainsi qu'au Québec, on a constaté que la moitié de la population adulte présente un excès de poids (embonpoint) plus ou moins marqué, tandis qu'environ 1/2 million d'adultes souffrent d'une obésité franche. Cette situation peut être qualifiée d'inquiétante car l'obésité est considérée comme un facteur de risque important dans un grand nombre de maladies telles que la maladie coronarienne, le diabète, l'hypertension, certains troubles psychologiques etc... Toutes ces constatations nous mènent à conclure qu'une action spécifique auprès des jeunes obèses (enfants, adolescents) en est une de prévention et qu'elle s'intègre bien à l'intérieur d'une intervention éducative en nutrition. Pour rejoindre ce groupe d'étudiants particulièrement vulnérables, la collaboration des infirmières travaillant dans le milieu scolaire nous sera très précieuse.	- Organiser une clinique mensuelle pour les obèses. - Cette clinique permettra aux infirmières de référer à la diététiste les cas "d'obésité" qu'elles auront détectés dans leur milieu. - Mode de sélection des obèses: a) première sélection: professeurs b) deuxième sélection: infirmières c) troisième sélection: diététiste d) quatrième sélection: infirmière. - Offrir ce nouveau service à partir de la fin d'octobre.

Annexe II

PROCEDURE A SUIVRE POUR REFERER LES JEUNES OBESES

1. Première sélection: personnes ressources ↔ les infirmières

   a) au primaire: dès le début de l'année, s'assurer de la collaboration des professeurs afin d'obtenir le nom des enfants obèses dans chacune de leur classe.

   b) au secondaire: s'assurer de la collaboration des professeurs d'éducation physique afin qu'ils fournissent le nom des adolescents obèses.

   c) au C.E.G.E.P.: idem.

2. Deuxième sélection: personne ressource ↔ l'infirmière.

   a) Recueillir les noms des obèses par l'intermédiaire des professeurs.

   b) Déterminer plus spécifiquement s'il y a obésité chez les enfants ou adolescents référés par les professeurs:

      1) le terme "obésité" s'aplique à un individu dont le poids actuel est de 20% ou plus au-dessus de son poids désirable. Par ailleurs, une personne fait de l'embonpoint lorsque son poids excède de 10-20% son poids désirable.

      2) voici comment évaluer s'il y a obésité ou non:

         exemple: une fillette: âge: 11 ans
         poids: 135 lbs
         taille: 4 pi. 11 po.

         mesurer et peser la fillette

         A l'aide du tableau 1 que vous en main, vous pouvez connaître son poids idéal ou désirable. Il suffit de regarder la colonne de gauche qui indique la taille (59 po) et de faire correspondre la taille avec l'âge (11 ans) de l'enfant. Dans le cas présent, l'enfant devrait peser environ 90 livres. Elle a donc un surplus de poids de 45 livres. Son poids actuel excède de 50%* son poids désirable. Cette jeune enfant souffre d'obésité.

      3) prendre en note le nom, l'âge, le poids, la taille, ainsi que le numéro de téléphone des jeunes obèses.

      4) remettre à la diététiste ces renseignements.

* poids désirable: 90 lbs
excès de poids: 45 lbs

90 lbs = 100%
45 lbs = x

$$\frac{45 \times 100}{90} = 50\%$$

3. Troisième sélection; personne ressource ↔ diététiste

a) sélectionner les cas les plus graves parmi tous les cas référés par les infirmières.

b) fournir aux infirmières le nom des enfants choisis.

4. Quatrième sélection: personnes ressources ↔ infirmières

a) rejoindre par communication téléphonique les parents des enfants choisis par la diététiste.

But: s'assurer la collaboration de la mère par un appel téléphonique. Par ce premier contact, l'infirmière pourra sélectionner les enfants dont les parents sont conscients du problème d'obésité de leur enfant. Ainsi, nous pourrons aider ceux qui sont vraiment motivés à apporter un changement à cette situation.

b) prendre en note le nom et numéro de téléphone des enfants ou adolescents dont les parents ont exprimé le désir de profiter de ce service, afin que la diététiste puisse communiquer avec eux pour fixer un rendez-vous.

Annexe IV 1

POIDS DESIRABLE EN RELATION AVEC LA TAILLE

(Filles)

(Taille)	AGE													
Pouces)	5 Ans	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
38	33	33												
39	34	34												
40	36	36	36											
41	37	37	37											
42	39	39	39											
43	41	41	41	41										
44	42	42	42	42										
45	45	45	45	45	45									
46	47	47	47	48	48									
47	49	50	50	50	50	50								
48		52	52	52	52	53	53							
49		54	54	55	55	56	56							
50		56	56	57	58	59	61	62						
51			59	60	61	61	63	65						
52			63	64	64	64	65	67						
53			66	67	67	68	68	69	71					
54				69	70	70	71	71	73					
55				72	74	74	74	75	77	78				
56					76	78	78	79	81	83				
57					80	82	82	82	84	88	92			
58						84	86	86	88	93	96	101		
59						87	90	90	92	96	100	103	104	
60						91	95	95	97	101	105	108	109	111
61							99	100	101	105	108	112	113	116
62							104	105	106	109	113	115	117	118
63								110	110	112	116	117	119	120
64								114	115	117	119	120	122	123
65								118	120	121	122	123	125	126
66									124	124	125	128	129	130
67									128	130	131	133	133	135
68									131	133	135	136	138	138
69										135	137	138	140	142
70										136	138	140	142	144
71										138	140	142	144	145

Référence: Robinson C.H. Normal and Therapeutic Nutrition, 14e Ed., The MacMillan Company, New York, 1972.

TABL. 2

POIDS DESIRABLE EN RELATION AVEC LA TAILLE

(Garçons)

(Taille) (Pouces)	AGE														
	5 Ans	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
38	34	34													
39	35	35													
40	36	36													
41	38	38	38												
42	39	39	39	39											
43	41	41	41	41											
44	44	44	44	44											
45	46	46	46	46	46										
46	47	48	48	48	48										
47	49	50	50	50	50	50									
48		52	53	53	53	53									
49		55	55	55	55	55	55								
50		57	58	58	58	58	58	58							
51			61	61	61	61	61	61							
52			63	64	64	64	64	64	64						
53			66	67	67	67	67	68	68						
54				70	70	70	70	71	71	72					
55				72	72	73	73	74	74	74					
56				75	76	77	77	77	78	78	80				
57					79	80	81	81	82	83	83				
58					83	84	84	85	85	86	87				
59						87	88	89	89	90	90	90			
60						91	92	92	93	94	95	96			
61							95	96	97	99	100	103	106		
62							100	101	102	103	104	107	111	116	
63							105	106	107	108	110	113	118	123	127
64								109	111	113	115	117	121	126	130
65								114	117	118	120	122	127	131	134
66									119	122	125	128	132	136	139
67									124	128	130	134	136	139	142
68										134	134	137	141	143	147
69										137	139	143	146	149	152
70										143	144	145	148	151	155
71										148	150	151	152	154	159
72											153	155	156	158	163
73											157	160	162	164	167
74											160	164	168	170	171

Référence: Robinson C. H. Normal and Therapeutic Nutrition, 14e Ed. The MacMillan Company, New York, 1972.

1 lb 0.454 kg
1 kg 2.205 lb

TABLEAU 3

EQUIVALENTS APPROXIMATIFS DES POIDS DU CORPS HUMAIN
ENFANTS ET ADULTES
(entre les livres et les kilogrammes)

1 lbs =	50 kg.	lbs. gm.	51 lbs. =	100 kg	lbs. gm.	101 lbs. =	150 kg	lbs. gm.	151 lbs =	200 kg.	lbs. gm.
1	0	454	51	23	134	101	45	814	151	68	494
2	0	907	52	23	587	102	46	267	152	68	947
3	1	361	53	24	041	103	46	721	153	69	401
4	1	814	54	24	494	104	47	174	154	69	854
5	2	268	55	24	948	105	47	628	155	70	308
6	2	722	56	25	402	106	48	082	156	70	762
7	3	175	57	25	855	107	48	535	157	71	215
8	3	629	58	26	309	108	48	989	158	71	669
9	4	082	59	26	762	109	49	442	159	72	123
10	4	536	60	27	216	110	49	896	160	72	576
11	4	990	61	27	670	111	50	350	161	73	030
12	5	443	62	28	123	112	50	803	162	73	483
13	5	897	63	28	577	113	51	257	163	73	937
14	6	350	64	29	030	114	51	710	164	74	390
15	6	804	65	29	484	115	52	164	165	74	844
16	7	258	66	29	938	116	52	618	166	75	298
17	7	711	67	30	391	117	53	071	167	75	751
18	8	165	68	30	845	118	53	525	168	76	205
19	8	618	69	31	298	119	53	978	169	76	658
20	9	072	70	31	752	120	54	432	170	77	112
21	9	526	71	32	206	121	54	886	171	77	566
22	9	979	72	32	659	122	55	339	172	78	019
23	10	433	73	33	113	123	55	793	173	78	473
24	10	886	74	33	566	124	56	246	174	78	926
25	11	340	75	34	020	125	56	700	175	79	380
26	11	794	76	34	474	126	57	154	176	79	834
27	12	247	77	34	927	127	57	607	177	80	287
28	12	701	78	35	381	128	58	061	178	80	741
29	13	154	79	35	834	129	58	514	179	81	194
30	13	608	80	36	288	130	58	968	180	81	648
31	14	062	81	36	742	131	59	422	181	82	102
32	14	515	82	37	195	132	59	875	182	82	555
33	14	969	83	37	649	133	60	329	183	83	009
34	15	422	84	38	102	134	60	782	184	83	462
35	15	876	85	38	556	135	61	236	185	83	916
36	16	330	86	39	010	136	61	690	186	84	370
37	16	783	87	39	463	137	62	143	187	84	823
38	17	237	88	39	917	138	62	597	188	85	277
39	17	690	89	40	370	139	63	050	189	85	730
40	18	144	90	40	824	140	63	504	190	86	184
41	18	598	91	41	278	141	63	958	191	86	638
42	19	051	92	41	731	142	64	411	192	87	091
43	19	505	93	42	185	143	64	865	193	87	545
44	19	958	94	42	638	144	65	318	194	87	998
45	20	412	95	42	092	145	65	772	195	88	452
46	20	866	96	43	546	146	66	226	196	88	906
47	21	319	97	43	999	147	66	679	197	89	359
48	21	773	98	44	453	148	67	133	198	89	813
49	22	226	99	44	906	149	67	586	199	90	266
50	22	680	100	45	360	150	68	040	200	90	720

Annexe III

Hôpital Ste-Croix
Département de Santé Communautaire

Vision

Guide aux enseignants

Indices d'un dépistage visuel à faire

chez ceux qui:

1- Perdent leur place ou se branlent la tête en lisant.

2- Se tiennent le corps raide en regardant de loin.

3- Tiennent leur livre plus près que la distance normale (longueur de l'avant-bras).

4- Froncent les sourcils, clignent des yeux, se plissent le front, regardent de côté, ou se contractent la figure de quelque façon en lisant.

5- Evitent tout travail rapproché.

6- Se frottent les yeux - voient double.

7- Ecrivent la figure collée sur leur cahier.

8- Apprennent difficilement à patiner, à monter à bicyclette, trébuchent et s'enfargent.

9- Ont de la difficulté à frapper ou attrapper la balle (manifestation de mauvaise coordination des yeux et des mains).

10- Se plaignent que les lettres ou les mots sautent.

11- Sont malades en auto.

r2094 08.77

Hôpital Ste-Croix
Département de Santé Communautaire

Annexe IV

Audition

Guide aux enseignants

Indices importants pouvant servir de guide aux enseignants concernant les enfants qui souffrent de troubles auditifs:

1- Insuccès scolaire, troubles d'apprentissage

2- Se plaignent de douleurs aux oreilles

3- N'entendent pas les questions

4- Font répéter continuellement

5- Réponses souvent impertinentes ou inadéquates par rapport aux questions

6- Articulation défectueuse

7- Mauvaise prononciation des voyelles

8- Ton monotone de la voix, voix marmottée, voix trop forte

9- Avancement ou détournement de la tête pour écouter

10- Froncement des sourcils

11- Incapacité de suivre la direction de la voix

12- Mauvaise prononciation des consonnes "S", "Z", "CH", "J"

13- Expression ahurie

14- Jouent seuls, s'éloignent des autres élèves, évitent les gens

15- Changements d'attitudes après une maladie contagieuse

16- Respiration persistante par la bouche

17- Maux de gorge fréquents, rhumes fréquents

18- Travail écrit meilleur que travail oral

F2095 08.77

PHILOSOPHIE DES PREMIERS SOINS*

Politiques de premiers soins en milieu scolaire au DSC de l'Hôpital Ste-Croix de Drummondville.

Le DSC appuie sa politique des premiers soins en milieu scolaire sur les orientations générales suivantes (MAS).

L'objectif de ce service est de donner des soins provisoires à un étudiant accidenté ou atteint d'un malaise soudain dans le but de favoriser son rétablissement et d'empêcher son état de s'aggraver en attendant l'intervention du médecin ou son transport au centre de santé s'il y a lieu.

Types de services

Les premiers soins doivent se limiter:

1- aux soins d'urgence permettant le transport en toute sécurité de l'individu au centre de santé qui dessert l'école;

2- aux soins en cas de traumatismes mineurs.

Au début de chaque année scolaire, les autorités de l'établissement scolaire doivent:

1- faire connaître aux parents et étudiants la politique des premiers soins en vigueur dans l'établissement scolaire;

2- donner des informations spécifiant ce à quoi s'engage le milieu scolaire en cas d'accident ou de malaise subit qui peut survenir à un étudiant;

*Source: document: "Philosophie des Premiers soins", Cité de la Santé, Laval.

3- s'assurer d'une autorisation écrite des parents, du tuteur ou de l'élève lui-même s'il est majeur, relativement aux mesures à prendre en cas d'urgence.

Le document doit faire connaître:

a) le nom du médecin de famille ou de tout autre médecin dont les services professionnels sont acceptés par la famille en cas de besoin;

b) les recommandations spéciales faites par la famille ou par le médecin relatives à certains problèmes de santé particuliers à l'élève, s'il y a lieu.

QUESTION DE FORMATION

Formation des préposé(e)s aux premiers soins

Pour assurer un service continu des premiers soins dans l'école, il est essentiel que du personnel scolaire (secrétaire, professeur, directeur, gardien de sécurité ou autres) reçoivent une formation de secourisme adéquate.

C'est au DSC qu'incombe la tâche de voir à ce que les personnes préposées aux premiers soins en milieu scolaire reçoivent la formation nécessaire.

L'infirmière hygiéniste de l'école vérifie qu'un(e) préposé(e) est nommé(e) et disponible.

Le DSC se charge de suggérer les ressources pour former les nouveaux préposés et recycler les autres au besoin.

Si cette formation suppose des coûts, ceux-ci sont assumés par la Commission Scolaire.

ROLE DE CHACUNE

Rôle de la préposée aux premiers soins:

1- donner les premiers soins selon les procédures établies.

2- référer à l'infirmière hygiéniste les étudiants se présentant fréquemment pour un même problème.

3- s'assurer du transport de l'élève à son domicile, CLSC, C.H., etc. avec une personne responsable, de préférence ses parents (au niveau primaire et secondaire).

4- se charger des formules de déclaration d'accidents graves et s'assurer de leur acheminement à l'infirmière hygiéniste le dernier jour de chaque mois.

Rôle de l'infirmière hygiéniste face aux premiers soins:

1- donner les soins d'urgence lorsque présente dans l'école.

2- personne ressource pour la préposée aux premiers soins (si cette dernière n'est pas une infirmière).

3- étudier les causes et problèmes des enfants se présentant très souvent aux premiers soins et référés par la préposée aux premiers soins.

4- suggérer et collaborer à la mise en place de mesures visant la prévention des accidents décelés.

5- compiler les formules de déclaration et faire connaître la statistique au DSC par l'intermédiaire du rapport d'activités scolaires.

SCHEMA D'ACTION EN CAS D'ACCIDENTS GRAVES, D'ACCIDENTS MINEURS ET DE MALAISES DIVERS POUR LA PREPOSEE AUX PREMIERS SOINS OU L'INFIRMIERE

S'il s'agit:

a) d'accidents graves à l'école tels que: fracture, entorse, coupure profonde, perte de conscience, corps étrangers dans l'oeil, intoxication, hémorragie,

il faut:

- avertir les parents (au niveau primaire et secondaire).
- suivre les procédures de traitement selon le cas.
- référer au C.H. ou CLSC selon les besoins et les disponibilités du milieu.
- avertir le centre choisi de l'arrivée de l'étudiant.
- faire transporter l'étudiant de façon sécuritaire.
- au niveau primaire et secondaire, faire accompagner l'étudiant d'un adulte, les parents si possible.
- remplir les formules de déclaration pour les cas graves.

b) d'accidents mineurs à l'école tels que: éraflure, écharde, coupure légère, saignement de nez accidentel,

il faut:

- suivre les procédures de traitement.
- faire reposer si nécessaire.
- retourner en classe.
- enregistrer la statistique dans le dossier de l'enfant et le rapport d'activités scolaires.

c) de malaises divers tels que: maux de tête, de ventre, saignement de nez (non accidentel) nausées, rhume, grippe, fièvre, éruption cutanée, poux, épilepsie, perte de conscience, douleur articulaire.

il faut:

- peu importe le malaise, s'il y a fièvre, avertir les parents et retourner l'enfant à la maison, (au niveau primaire et secondaire).
- si le même enfant se présente à plusieurs reprises pour la même cause, le référer à l'infirmière hygiéniste pour élucider les causes.
- ne jamais donner de médicament même aspirine ou sel de fruits.
- si le malaise semble grave, même s'il n'y a pas de fièvre, suivre les procédures d'accidents graves.

Le schéma d'action est le même à tous les niveaux, du primaire au collégial, sauf pour ce qui est d'avertir les parents; cette procédure n'est pertinente qu'au niveau primaire et secondaire.

POLITIQUE A APPLIQUER QUANT AUX MEDICAMENTS

Protocole sur les médicaments

Aucun médicament ne doit être fourni ou distribué aux étudiants dans l'école ou le collège afin d'éviter l'habitude à la surconsommation des médicaments, c'est-à-dire à faire l'association malaise/pilule pour régler des problèmes.

Cette politique devrait s'appliquer dans toutes les commissions scolaires et au collège même en dehors des services de santé, sauf évidemment dans les cas de prescriptions médicales où l'élève fournit le médicament et doit le prendre à l'intérieur des heures scolaires.

QUESTION DE TRANSPORT

Transport d'élèves

Il est de la responsabilité des commissions scolaires et du collège d'assurer le transport en toute sécurité des élèves requérant des soins médicaux d'urgence.

A. Pour chaque urgence exigeant un déplacement de l'élève vers des services médicaux:

- les parents doivent être avertis.
- Le C.H. ou le CLSC choisi doit être prévenu de l'arrivée de l'élève.
- un adulte responsable doit accompagner l'élève, un parent si possible (au niveau primaire et secondaire).

B. Pour chaque enfant nécessitant un retour à la maison, le déplacement se fait sous la responsabilité d'un parent ou d'un responsable de l'enfant au niveau primaire et secondaire.

C. Le collège ayant la charge d'étudiants adultes, organise le transport sans avoir à avertir les parents, sauf sur demande de l'étudiant.

QUOI FAIRE CONNAITRE AUX PARENTS DES LA RENTREE
RESPONSABILITE DE LA COMMISSION SCOLAIRE

- Philosophie des premiers soins.

- Schéma d'action en cas d'accidents graves, d'accidents mineurs et malaises divers par les personnes préposées aux premiers soins.

- Organisation: question de transport en cas d'urgence.

- Politique à adopter quant aux médicaments.

PROCEDURE DE DIVERS TRAUMATISMES*

PREMIERS SOINS

BRULURES

1° Par des agents physiques: feu
vapeur
objets chauds

Couvrir la région brûlée avec un onguent antiseptique
Appliquer ensuite un pansement de gaze stérile.

2° Par des agents chimiques: acides
bases

Laver à l'eau courante, ne pas employer d'antidote chimique.

3° Aux yeux: acides
bases

Voir no 2

N.B. pour les corps étrangers, même traitement .

PLAIES

1° Superficielles

Laver à l'eau, nettoyer au savon antiseptique puis appliquer du mercurochrome et couvrir d'un pansement stérile.

2° Profondes (saignement important)

Référer no 1- Faire une bonne compression, fixer le pansement solidement et transporter le malade à l'hôpital.

*Source: "Procédures de divers traumatismes", Dr Isabelle Laporte,
Révisé par le D.S.C. de l'Hôpital Ste-Croix, Drummondville.

EVANOUISSEMENTS

Etendre le patient sur le côté (pour éviter que le patient s'étouffe avec sa langue). Faire respirer des vapeurs d'ammoniaque ou des sels. Frictionner la peau pour stimuler la circulation. Le patient ayant repris conscience, l'étendre à plat, les jambes surélevées pour une demi-heure. En cas d'évanouissement prolongé, donner la respiration artificielle.

ECCHYMOSES

Application de froid, glace si possible 15 à 20 minutes. Si après s'être frappé, l'enfant perd connaissance ou est somnolent ou vomit, le transporter à l'hôpital.

ENTORSE OU FOULURE

Immobilisation et repos absolu ½ heure. Si après ce repos la douleur augmente et l'enfant ne peut se servir de son membre, il faudrait songer à une fracture possible; le référer.

FRACTURE

Immobilisation à l'aide d'éclisse ou d'écharpe, sans le manipuler, et transporter le malade à l'hôpital.

MALADIES CONTAGIEUSES

Dans les cas suspects de contagion, si l'infirmière n'est pas disponible, retourner l'enfant à la maison, noter son adresse. L'infirmière une fois notifiée ira visiter l'enfant.

CRISE D'EPILEPSIE

Signes distinctifs: tremblements des membres inférieurs et / ou supérieurs, yeux révulsifs, écume à la bouche et incontinence urinaire. Après la crise, somnolence et confusion.

Conduite à tenir: avoir abaisse-langue enveloppée de compresse à portée de la main; , mettre en travers de la bouche pour éviter morsure de la langue ou obstruction des voies respiratoires par la langue. Ne pas bouger l'enfant mais déplacer les objets, s'il y a lieu. Ne jamais le laisser seul.

FIEVRE

Tout enfant qui fait de la fièvre doit être retourné à la maison.

CORPS ETRANGERS

Dans les yeux: bain de l'oeil. Si non efficace, faire un pansement oculaire et référer à la clinique d'urgence.

Dans le nez: transport à l'hôpital.

Dans les oreilles: transport à l'hôpital.

SAIGNEMENT

De nez: faire pencher uniquement la tête à l'avant en faisant une pression constante au niveau du nez (5 minutes). Mettre des compresses froides sur le front et la nuque. Si le saignement dure plus de dix minutes, transport à l'hôpital.

INTOXICATIONS*

D'APRES LES DONNEES DU CENTRE D'INTOXICATIONS DE L'HOPITAL STE-JUSTINE DE MONTREAL

VOMITIFS

1- 1 à 2 cuil. à thé de sel dans 3 à 5 onces d'eau, ou bien

2- ½ cuil. à thé de moutarde dans 3 à 5 onces d'eau, ou bien

3- Réflexe pharyngien: "doigt dans la gorge".

ATTENTION ne jamais faire vomir

1- si ingestion de corrosifs

2- si ingestion d'hydrocarbures

3- si coma.

Acides: picrique - sulfurique - nitrique - oxalique - lactique - concentré et acétique glacial;

ne jamais faire vomir

Donner du lait.

Alcool éthilique: faire vomir

Alcool méthylique: (alcool à friction, antigel, liniments)

1- donner 2 cuil. à soupe de bicarbonate et 3 à 4 onces d'alcool.

2- faire vomir.

3- répéter numéro 1.

* N.B. Une intoxication est un accident grave. Suivre la procédure des accidents graves, page 5.

Aldrin: (insecticide) faire vomir.

Ammoniaque: (base) ne jamais faire vomir.
donner du lait.

Antigel: référer à: alcool méthylique.

Anti-mites: (camphre - naphtaline) faire vomir.

Arsenic: (herbicides - rodenticides - insectidides) faire vomir.

Bases: référer à corrosifs. Ne jamais faire vomir. Donner du lait.

Benzine: ne jamais faire vomir. Donner 1 à 2 onces d'huile minérale.

Benzol: ne jamais faire vomir. Donner 1 à 2 onces d'huile minérale.

Brome: faire vomir.

Camphre: faire vomir.

Chlordane: (insecticide) faire vomir.

Chlore: faire vomir.

Corrosifs: 1- Bases: ammnoniaque - hydroxide d'ammonium, de potassium, soude caustique, potasse, drano, lysol, gillett, hypochloride de soude, javex, eau de javelle, permanganate de potassium. Ne jamais faire vomir. Donner du lait.

2- Acides: référer à acides
Ne jamais faire vomir. Donner du lait.

DDT: faire vomir.

Dieldrin: (insecticide) faire vomir.

Drano: ne jamais faire vomir. Donner du lait.

Fer: faire vomir.

Gazoline: ne jamais faire vomir. Donner 1 à 2 onces d'huile minérale.

Huile camphrée: faire vomir.

Huile à lampe: ne jamais faire vomir. Donner 1 à 2 onces d'huile minérale.

Huile à chauffage: ne jamais faire vomir. Donner 1 à 2 onces d'huile minérale.

Hydrocarbures: Benzine-Benzol-Gazoline-Kérosène-(huile à chauffage)-Huile à lampe - dérivés du pétrole - naphta - poli à meubles: ne jamais faire vomir. Donner 1 à 2 onces d'huile minérale.

Herbicides: (arsenic) faire vomir.

Insecticides: DDT - Lindane - Aldrin - Chlordane - Dieldrin - Méthoxychlor: faire vomir.

Iode: teinture à 1% - solution de lugol; donner du lait.

Javex: eau de Javelle. Ne jamais faire vomir. Donner du lait.

Kérosène: référer à Hydrocarbures.

Lindane: faire vomir.

Liniment : référer à alcool méthylique.

Mercure: à thermomètre, non toxique.
autres composés: donner 3 blancs d'oeufs dans du lait et faire vomir.

Monoxyde de carbone: faire respirer air frais.

Naphta: référer à hydrocarbures.

Naphtaline: faire vomir.

Pétrole: référer à hydrocarbures

Permanganate de potassium: référer à corrosifs

Phénolphtaléine: ne rien faire - non dangereux.

Plomb: peinture - jouets - batteries; faire vomir.

Phosphore: donner 0.3 gr de sulfate de cuivre dans 200 cc d'eau et faire vomir.

Térébenthine: faire vomir.

N.B. pour morsures par animal: laver sous l'eau courante et faire un léger tourniquet, aller à l'hôpital.

TROUSSES DE PREMIERS SOINS

CONTENU ET LOCALISATION

A) TROUSSE D'URGENCE

Ouate stérile
Compresses individuelles 4" x 4" - 3" x 3" - 2" x 2"
Diachylon - Band-aid 3/4" et 1" de largeur
Abaisse-langue
Echarpe - éclisse pour immobilisation-Kling 3" - Bandage élastique 2"
Mercurochrome, applicateurs montés
Tampons oculaires
Epingles de sûreté
Manuel de premiers soins
Savon désinfectant

B) TROUSSE DE PREMIERS SOINS

La distribution des trousses de base se fera dans les endroits suivants:

- ateliers de travail
- laboratoires
- gymnase
- cuisine
- bureau de secouriste
- tout endroit jugé pertinent par le ou la responsable pour une distribution plus adéquate des soins.

C) SUPPLEMENT A LA TROUSSE DE BASE

Métier

Sérum physiologique
"Patch eye"
Tampons oculaires
Bain pour les yeux

Laboratoires

Bain pour les yeux
Onguent antiseptique

Bureau de la responsable

Pinces stériles
Thermomètre - solution
Solution désinfectante pour les instruments
Savon désinfectant

Cuisine

Onguent antiseptique

D) La révision des trousses se fera au début de chaque année par l'infirmière hygiéniste. L'infirmière hygiéniste verra de plus à remplacer le matériel manquant au cours de l'année scolaire.

Hôpital Ste-Croix
Drummondville, Qué.

Annexe V I

Département de Santé Communautaire

Le 3 mars 1977.

Aux infirmières,

Sujet: Transfert des dossiers médico-scolaires

- entre écoles du primaire
- entre écoles du primaire et du secondaire
- entre écoles du secondaire.

Suite à une entente avec les commissions scolaires primaires et secondaires, les dossiers médico-scolaires seront transférés d'une école à l'autre avec les dossiers pédagogiques par l'intermédiaire du secrétariat des écoles.

L'infirmière s'assurera que le secrétariat a en main, une clé du classeur de son bureau pour procéder à l'acheminement des dossiers au cours ou à la fin de l'année. Le secrétariat de l'école informera l'infirmière de la sortie des dossiers.

Cette procédure aura pour effet de diminuer le travail clérical et par conséquent de permettre à l'infirmière d'accomplir plus adéquatement son travail professionnel.

Merci de votre bienveillante attention.

Dr Julien Lamoureux, m.d. d.h.p.
Chef du Département de Santé Communautaire,
Hôpital Ste-Croix,
570, Hériot,
Drummondville.

JL/csy.

Annexe VII

Hôpital Ste-Croix
Drummondville, Qué.
J2B 1C1

Département de Santé Communautaire

Sujet: Programme de surveillance et d'immunisation pour les étudiants des institutions d'enseignement en stage dans les Centres Hospitaliers.

Après consultation sur le sujet précité avec la Direction du nursing et la Direction du Département des Techniques infirmières et le Service de Santé du Collège, le Département de Santé Communautaire accepte d'administrer, de surveiller et de compiler les données suivantes concernant les étudiants(es) en techniques infirmières et auxilliaires:

1- Le certificat de vaccination (1ère année) (rappel 2e année)

- le vaccin contre la variole
- le T.A.B. ou T.A.B.T.
- le vaccin contre la poliomyélite
  - Salk et/ou Sabin
- l'épreuve à la tuberculine et le B.C.G. si nécessaire
- l'épreuve Schick Moloney et le vaccin contre la diphtérie et/ou dose de rappel si nécessaire.

2- Le certificat médical (1ère et 2e année)

- examen médical
- Rx pulmonaire
- Analyses de laboratoire
  - formule sanguine
  - analyse d'urine

3- Le certificat dentaire (1ère et 2e année)

- examen dentaire
- correction

4- Le certificat visuel (1ère année)

- évaluation de la vue
- test de dépistage des anomalies de la perception colorée.

2/

Hôpital Ste-Croix
Drummondville, Qué.
J2B 1C1

Les prélèvements, nez, gorge, selles, ne seront plus assumés par les Services de santé des écoles concernées.

A mesure que les dossiers santé des étudiants de 1ère et de 2e année seront complétés, les infirmières des Services de santé feront parvenir à la Direction du nursing de l'Hôpital Ste-Croix et de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska la liste des étudiants concernés.

Dr Julien Lamoureux, m.d. d.h.p.
Chef du département de Santé Communautaire,
Hôpital Ste-Croix,
570, Hériot,
Drummondville.

DrJL/PJ/lo.

Drummondville,
le 14 février 1977.

Annexe VIII

Hôpital Ste-Croix
Drummondville, Qué.
J2B 1C1

Département de Santé Communautaire

Le 3 mars 1977.

Aux infirmières,

Sujet: Mesures prophylactiques pour les manipulateurs d'aliments et le personnel des cafétérias.

Lors de la réunion du Conseil d'administration de l'Association des Directeurs de D.S.C., tenue le 12 février à Québec, et à laquelle assistait le docteur Gérard Martineau, il a été suggéré d'adopter au Québec l'attitude des autres provinces, et de n'exiger auprès des manipulateurs d'aliments aucun examen ni mesure prophylactique d'une façon systématique. Dans le cas ou une toxi-infection alimentaire survenait, les D.S.C. indiqueront des modes d'intervention.

Cependant, le Département de Santé Communautaire de l'Hôpital Ste-Croix a convenu de continuer à exiger pour cette clientèle, la radiographie pulmonaire.

Merci de votre bienveillante collaboration.

Dr Julien Lamoureux, m.d. d.h.p.
Chef du Département de Santé Communautaire
Hôpital Ste-Croix
570 Hériot
Drummondville.

JL/csg